

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo  
começo, qualquer um pode fazer mudanças,  
recomeçar e fazer um novo fim...”  
(Chico Xavier, espírita brasileiro)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Luís Nabais, pelo seu apoio e incentivo no decorrer do projeto.

Ao professor Jordão Abreu, pela sua disponibilidade, contributos, apoio e confiança.

Aos clientes, pela aceitação e colaboração na participação do projeto.

À Enfermeira Sandra Costa, pelo seu contributo de saber e partilha de conhecimento.

À Enfermeira Olga Valentim, pela sua disponibilidade e apoio demonstrado

À Barbara e Ana Catarina, pela amizade e momentos de partilha.

À minha esposa e ao meu filho, pelo seu amor, compreensão, incentivo, ajuda e pelo tempo que não pude partilhar com eles!

## **LISTA DE SIGLAS**

ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESM	Enfermagem de Saúde Mental
IDT	Instituto de Droga e Toxicodependência
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SDA	Síndrome de Dependência Alcoólica

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O projeto de intervenção proposto centrou-se na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao cliente com síndrome de dependência alcoólica, privilegiando a entrevista motivacional como abordagem principal na promoção da mudança comportamental. A avaliação do estágio motivacional baseou-se no *Readiness to Change Questionnaire*, adaptado por Fonte (1996). Participaram neste projeto 26 clientes internados em duas instituições de saúde públicas a quem foi explicado os procedimentos associados à intervenção e obtido consentimento informado. A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman foi útil na identificação de stressores e linhas de defesa dos participantes, com vista a aumentar os seus níveis de motivação para a mudança de estágio. Observou-se a tendência para a manutenção no estágio de contemplação. A generalidade dos participantes consideraram que esta abordagem teve um contributo positivo no seu processo terapêutico.

## PALAVRAS-CHAVE:

Entrevista Motivacional; Síndrome de Dependência Alcoólica; Motivação

## **ABSTRACT**

This report comes under the 3rd Master's Degree in Nursing, with Specialisation in Mental Health and Psychiatric Nursing, from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. The proposed intervention project focused on providing skilled nursing care to clients under alcohol dependence syndrome, focusing on motivational interviewing as the main approach to promote behavioral change. The evaluation of the motivational stage was based on the *Readiness to Change Questionnaire*, adapted by Fonte (1996). 26 clients, admitted in two institutions of public health, participated in this project and where explained with informed consent, the procedures associated with the intervention. The Theory Betty Neuman Systems was useful to identify participants stressors and defense lines, in order to increase their levels of motivation to stadium change. There was a trend to maintain the level of contemplation. The majority of participants felt this approach had a positive contribution to their therapeutic process.

## **KEYWORDS:**

Motivational Interviewing; Alcohol Dependence Syndrome; Motivation

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEORICO</b>	<b>14</b>
1.1. Consumo de álcool no Mundo, na Europa e em Portugal	14
1.2. A Evolução do Conceito do Álcool	15
1.3. A Motivação no processo de recuperação	17
1.4. Modelo Transteórico de Mudança	20
1.4.1. Estádios de Mudança	21
1.5. A Entrevista Motivacional	24
1.6. Modelo de Betty Neuman e o cliente com Síndrome de Dependência Alcoólica	30
<b>2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS</b>	<b>34</b>
2.1. A Problemática do Projeto	34
2.2. Caracterização dos Participantes	36
2.3. Técnicas e Instrumentos utilizadas	39
2.3.1. Entrevista de avaliação	39
2.3.2. Intervenção Psicoeducativa	42
2.3.3. Sessões de Relaxamento	43
2.4. Procedimentos no decorrer do projeto	45
2.4.1. Unidade Especializada em Alcoologia	46
2.4.2. Internamento de Psiquiatria - Unidade Tratamento SDA	48
2.5. Questões éticas	49
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES PREVISTAS</b>	<b>51</b>
3.1. Apresentação e Análise dos resultados	51
3.2. Competências Clínicas desenvolvidas	64
<b>4. CONCLUSÃO</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>68</b>

## APÊNDICES

Apêndice I - Guião de recolha de dados sociodemográficos, história e natureza dos consumos

Apêndice II - Guião da Entrevista Motivacional

Viriato Silva / 2014

Apêndice III - Sessão Psicoeducativa sobre Prevenção da Recaída

Apêndice IV - Plano de Jogo Psicoeducativo “O Mapa das Estradas”

Apêndice V - Plano da Sessão de Relaxamento

Apêndice VI - Guião da Sessão de Relaxamento

## **ANEXOS**

Anexo I - Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

Anexo II - Inventário de Ansiedade - Estado (STAI – Y1) de Spielberger et al., (1973)

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1- Fluxograma dos procedimentos na Unidade Especializada em Alcoologia	47
Figura 2- Fluxograma dos procedimentos no Internamento de Psiquiatria - Unidade Tratamento SDA	449

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Caraterização dos Participantes	37
Tabela 2 – Tipologia e História de Consumos	38
Tabela 3 – Resultados da aplicação do RCQ aos participantes do Grupo 1	52
Tabela 4 – Resultados da aplicação do STAI-Y1 antes e após cada sessão de relaxamento aos participantes do Grupo 1	54
Tabela 5 – Resultados da aplicação do RCQ aos participantes do Grupo 2	55
Tabela 6 – Expressões significativas do participante 1	56
Tabela 7 – Expressões significativas do participante 2	57
Tabela 8 – Expressões significativas do participante 3	59
Tabela 9 – Expressões significativas do participante 4	59
Tabela 10 – Expressões significativas do participante 5	62
Tabela 11 – Expressões significativas do participante 6	63



## INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui-se como elemento de avaliação do estágio clínico do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, para obtenção do título de pós-graduação de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) no ano letivo 2013/2014. No decurso deste estágio tivemos oportunidade de implementar intervenções clínicas especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, dirigidas a clientes com síndrome de dependência alcoólica (SDA). O projeto de intervenção aqui proposto inspira-se num modelo psicoterapêutico, baseado na entrevista motivacional tendo em vista a mudança de comportamento face ao tratamento.

A entrevista motivacional institui-se como uma estratégia de intervenção com o cliente com SDA e tem como pressuposto que a ambivalência, em relação ao uso de substâncias psicoativas e à mudança, é normal e, simultaneamente, um importante obstáculo motivacional para a recuperação. Essa ambivalência pode ser ultrapassada trabalhando as motivações e valores intrínsecos do cliente, no qual, a aliança entre o profissional e o cliente torna-se uma parceria de colaboração, onde cada um contribui com conhecimentos importantes. A mudança é da responsabilidade do cliente e um estilo de aconselhamento empático e apoiante, mas diretivo, proporciona condições para que a mudança possa ocorrer (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

No decurso da minha prática clínica com clientes em situação de SDA, tenho verificado a ocorrência do fenómeno da porta giratória caracterizada por um número crescente de internamentos e reinternamentos sucessivos, com elevados custos pessoais, familiares e sociais. Estes reinternamentos parecem estar relacionados, na generalidade das vezes, à ocorrência de recaída por falta de motivação e adesão ao tratamento. A ambivalência e o estágio de negação para a doença, parecem ter um papel significativo na trajetória da recaída conforme constataam alguns autores de referência (Miller et al., 2002 citado por Ferreira-Borges & Filho, 2007). Da mesma forma, o reforço motivacional para a mudança de comportamento, parece ter efeitos positivos no processo terapêutico destes clientes. Para além das dificuldades inerentes em suprir as dificuldades terapêuticas destes clientes, acresce o elevado

número de pessoas a necessitarem de ajuda, relacionado com elevados padrões de consumo de bebidas alcoólicas na nossa sociedade. Já existe evidência epidemiológica em Portugal que esta doença aditiva, afete um número elevado de doentes, com repercussões profundas ao nível familiar, social e económico. Com efeito, Gameiro (1997) estima que existam cerca de 580.000 dependentes do álcool o que corresponde a 7% da população geral, com idade superior a 15 anos. A nível internacional o álcool está associado a cerca de 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de anos de vida ajustados por incapacidade no mundo, segundo a OMS em 2005, (IDT, 2009). Deste modo, consideramos ser pertinente o desenvolvimento deste projeto de intervenção em enfermagem especializada, orientado para o reforço motivacional do cliente com SDA.

O projeto descrito neste relatório desenvolveu-se durante o estágio clínico e tem como propósito contribuir para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Para melhor desenvolvermos essas competências, de enfermeiro especialista, optámos por concretizar o estágio clínico em duas unidades de saúde públicas especializadas no tratamento de SDA. O primeiro momento do estágio durou treze semanas e desenvolveu-se numa unidade de saúde pública especializada em alcoologia do distrito de Lisboa, onde acompanhamos 20 clientes. O segundo momento durou cinco semanas e desenvolveu-se num serviço de internamento de psiquiatria com especialização no tratamento de SDA, integrada numa unidade hospitalar do distrito de Lisboa, onde tivemos oportunidade de acompanhar 6 clientes aí internados.

Seguindo a metodologia do trabalho projeto, numa primeira fase, procedemos à caracterização do cliente com SDA internado na unidade de alcoologia, onde também desenvolvemos competências relacionadas com a entrevista de colheita de dados e de avaliação. A entrevista de avaliação teve como suporte a utilização de um questionário de caracterização biográfico e o *Readiness to Change Questionnaire* (RCQ), adaptado por Fonte (1996), que mede o estágio para a mudança de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança. Para além da identificação do estágio em que cada cliente se encontra, esta entrevista também

tinha o propósito de identificar possíveis stressores, inter, intra e extra pessoais, bem como outros agentes invasores, conforme a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

Na segunda fase do projeto, implementámos uma série de intervenções realizadas nos locais de estágio, visaram reforçar a motivação (entrevista motivacional), resiliência (jogos psicoeducativos) e resistência ao stresse (relaxamento) do cliente para a manutenção do processo de recuperação e mudança. Com estas intervenções esperamos contribuir para na mudança terapêutica de estágio e redução dos níveis de ansiedade.

A terceira fase teve um carácter de avaliação de resultados pós intervenções, onde foi possível reaplicar o *Readiness to Change Questionnaire* para detetar a ocorrência de mudanças de estágio e o STAI-Y1 para determinar o nível de ansiedade-estado.

A construção deste relatório pretende descrever o percurso deste projeto num documento de aprendizagem que tenha em atenção atividades desenvolvidas face aos objetivos terapêuticos, constituindo um espaço de análise e reflexão, criticando e autoavaliando o trabalho desenvolvido, os progressos e as competências adquiridas, assim como os resultados das intervenções e ganhos em saúde para o cliente. As competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (ESM) que procurámos desenvolver, estão em conformidade com o estabelecido pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESM da Ordem dos Enfermeiros (2010).

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda a epidemiologia do consumo, os impactos na saúde, descreve-se a evolução do conceito do álcool, a motivação no processo de recuperação e o Modelo Transteórico de Mudança, assim como a entrevista motivacional como estratégia de intervenção. Por fim descreve-se os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão do cliente com SDA. No segundo capítulo descreve-se as opções metodológicas para a realização do projeto de intervenção, explicitando-se a metodologia escolhida. Seguidamente é efetuada uma apresentação e contextualização da problemática, realizada uma caracterização dos participantes do projeto, as técnicas e instrumentos de recolha de dados, os procedimentos para

implementação do projeto contextualizado nos diferentes locais de estágio e as questões éticas suscitadas. No terceiro capítulo é descrito o desenvolvimento de competências e intervenções previstas, e são apresentados e analisados os resultados. Por último, no quarto capítulo apresenta-se uma síntese global do trabalho, tendo em consideração a implicação do projeto para a prática dos cuidados de enfermagem.

## **1. ENQUADRAMENTO TEORICO**

Neste capítulo pretende-se enquadrar a temática escolhida no decorrer do projeto, para tal iremos abordar o consumo de álcool no mundo, na europa e em Portugal, assim como a evolução do conceito de álcool no decorrer do tempo. De seguida abordaremos a importância da motivação no processo de recuperação e o modelo transteórico de mudança com a descrição dos respetivos estádios. Descreveremos a entrevista motivacional e a sua importância na abordagem ao cliente com SDA. Terminaremos este enquadramento com os contributos do modelo da teoria dos sistemas de Betty Neuman na compreensão do cliente com SDA.

### **1.1. Consumo de álcool no Mundo, na Europa e em Portugal**

Esconde-se no tempo do Homem o contacto com bebidas alcoólicas e, jamais lhe será conhecido o momento e o lugar. Na história da humanidade, o prazer constante e geral do Homem pelas bebidas alcoólicas está subjacente, quer pelo seu efeito tónico e euforizante, quer pelo seu efeito de alívio para a angústia e de libertação de recalcamentos, o chamado valor “dionisíaco” do álcool. Nas sociedades antigas, o consumo de bebidas alcoólicas estava associado aos ritos religiosos. Estas eram vistas como fonte de potência e virilidade e antídoto ao medo e á angústia.

O álcool encerra uma mitologia variada, sendo considerado uma substância de conversão, capaz de modificar as situações e os estados, capaz de transformar um fraco num forte e um silencioso num falador. Pode servir de álibi tanto ao sonho como à realidade, consoante os utilizadores do mito. O álcool é socializado na medida em que a sociedade recrimina, condena e não compreende todos aqueles que não acreditam no álcool e confere um “diploma” de boa integração social a quem “pratica o álcool”.

Saber beber, é para a sociedade, uma técnica que serve para qualificar o homem, para provar simultaneamente o seu poder de performance, o seu controle e a sua sociabilidade.

Para a OMS (2010), o consumo de álcool na região europeia é o dobro da média mundial. Em 2004, o consumo de álcool foi responsável, direta ou indiretamente, por 618 000 mortes e 17 milhões de anos de vida perdidos devido a invalidez e morte. A OMS (2010) refere que o álcool é o segundo maior fator de risco por morte e invalidez no adulto e de longe o maior fator de risco para os jovens. O álcool é responsável por cerca de 60 doenças diferentes, por atos de violência, homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinatos e mortes violentas), suicídios (1 em cada 6 de todos os suicídios), acidentes rodoviários (1 em cada 3 de todas as mortes na estrada), por 60 000 nascimentos abaixo do peso normal, por prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto relacionados com défices intelectuais nas crianças, sendo a maior causa de doença mental evitável na Europa (Anderson & Baumberg, 2006).

Segundo a OMS (2010), o consumo de risco é: mais de 24 gramas de álcool/dia no homem e mais de 16 gramas de álcool/dia na mulher.

Em Portugal, também os problemas ligados ao consumo de álcool, constituem um importante problema de saúde pública. Em 2003, segundo dados do World Drink Trends (2005) citado por IDT (2009), Portugal ocupava o 8º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas.

## **1.2. A Evolução do Conceito do Álcool**

A multiplicidade de definições globais de alcoolismo torna difícil dar a conhecer todos os significados deste tema.

Falar em consumo de bebidas alcoólicas, não nos deve remeter apenas à doença propriamente dita, Alcoolismo, sendo que esta representa unicamente uma pequena parcela de todas as consequências e problemas relacionados com este consumo. Assim, em 1982, a OMS fala em problemas ligados ao álcool para:

designar as consequências nocivas do consumo de álcool.(...) atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas,

mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de consumo excessivo ou inoportuno, ou de consumo prolongado. (Mello, Barrias & Breda, 2001, p. 15-16).

Quando falamos de problemas ligados ao álcool, falamos portanto de todas as consequências que o consumo do mesmo possa ter no cliente consumidor de bebidas alcoólicas (ex: consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool, gravidez indesejada), na família do mesmo, no trabalho/escola (ex: diminuição rendimento laboral/escolar, aumento absentismo, acidentes de serviço) e na comunidade (ex: criminalidade, acidentes de viação, perturbações nas relações sociais e na ordem pública) (Mello et al., 2001, p.23).

A Organização Mundial de Saúde adotava em 1951, citado por Adés & Lejoyeux (1997, p.36) a seguinte fórmula:

os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afetam a sua saúde física ou mental, as suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico, quer ainda pródromos de perturbações desse género. Devem ser submetidos a tratamento.

O termo alcoolismo abrange um conjunto de atitudes perante o álcool e de comportamentos díspares e heterogéneos. Adés & Lejoyeux (1997, p.119) defende que: “Os comportamentos alcoólicos representam um grupo heterogéneo de comportamentos, cuja evolução é variável e sujeita à aleatória predisposição biológica (vulnerabilidade ao álcool), mas também aos fatores sociais, familiares e aos acontecimentos da vida positivos e negativos que a influenciam fortemente”.

Nos anos 70 um grupo de peritos da OMS (1976) sugeriu substituir o termo alcoolismo por “síndrome de dependência alcoólica”. Esta noção de dependência permitiu a definição objetiva e precisa, desprovida de qualquer conotação social ou moral, dos fenómenos de dependência e habituação, bem como, de compulsão face ao álcool. (Mello et al., 2001, p. 15-16).

A definição da SDA foi retomada pelas classificações internacionais, nomeadamente pela classificação internacional das doenças da OMS (ICD-10) e a classificação da American Psychiatric Association (DSM IV).

SDA é definida como um padrão de consumos constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se



após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

### **1.3. A Motivação no processo de recuperação**

A conceção de motivação, não é recente, é conhecida como sendo um traço ou disposição estática, que o cliente tinha ou da qual era totalmente desprovido, não existindo espaço para outras interpretações. Se o cliente não estava motivado para a mudança, tal facto era interpretado como uma falta da sua inteira responsabilidade (Miller, 1999).

A motivação era entendida como sendo um processo de aceitação ou a vontade de seguir determinado programa terapêutico desde que fosse estabelecido pelo clínico responsável. Assim, estar motivado significa adotar as estratégias terapêuticas e aceitar a rotulação. Caso o rótulo não fosse reconhecido pelo cliente, ou se este questionasse os procedimentos terapêuticos, facilmente se concluiria que este não estava de todo motivado para o tratamento (Miller, 1999).

Deste modo, ao longo de muito tempo, a procura de tratamento por dependentes de álcool era entendida como sendo um processo individual, no qual a motivação figurava como uma entidade intrínseca e imutável, que se expressava no comportamento de querer ou não querer modificar o comportamento de ingestão alcoólica.

Com a inexistência de compreensão dos antecedentes do processo motivacional, ou seja, dos fatores que levaram à procura de tratamento, o conceito de motivação pode ser utilizado e interpretado de forma errada. Os aspetos sociais, pessoais, traços culturais, determinados tipos de tratamento, podem influenciar a ação de procura de ajuda de diferentes formas (Moos & Moos, 2004). Pressões e influências externas, assim como fatores internos, como pensamentos e sentimentos, contribuem para a motivação pessoal e são decisivos na



implementação de mudanças de comportamento (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999).

Atualmente, a motivação é entendida como sendo a chave fundamental para a mudança, é um constructo multidimensional, é dinâmica e por essa mesma razão sujeita a flutuações, influenciada pelas interações sociais e passível de ser modificada.

Abdicar do uso de uma substância, está intimamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. O processo de modificação corresponde “às atividades encobertas ou explícitas em que as pessoas se engajam para alterar afeto, pensamento, comportamento ou relacionamento, relativo a problemas ou padrões de vida” (Prochaska, 1995, p.408). Assim sendo, aquilo que é passível de movimentar o cliente para produzir um comportamento orientado, é a motivação (Ferreira, 2007) e apresenta um papel de relevância na dependência do álcool, ao orientar os clientes para procurarem, completarem e seguirem um tratamento, assim como a realizarem mudanças de sucesso a longo prazo, no que concerne ao comportamento aditivo (DiClemente et al., 1999).

Contudo, e existindo motivação para alterar comportamentos problema como a dependência do álcool, não significa que se verifique motivação para participar num tratamento. Este facto pode ser explicado, pensando que os clientes possuem expectativas próprias quanto aos resultados prováveis, quer positivos quer negativos, de certos cursos de ação, e essas mesmas expectativas têm um efeito muito poderoso sobre o comportamento. Como exemplo, a baixa auto-estima, as expectativas negativas, assim como a ausência de percepção de auto-eficácia, levam a que clientes com problemas relacionados com consumo de substâncias persistam nos seus comportamentos aditivos, apesar dos inúmeros prejuízos transversais às áreas de vida (Figlie, 2004).

Deste modo, e apesar dos incalculáveis danos resultantes do consumo de álcool, os clientes mostram dificuldades em se manter por um longo período de tempo em tratamento psicoterapêutico (Edwards & Dare, 1997). Esta situação parece estar ligada a um evidente conflito motivacional experienciado por estes

clientes, com relação à mudança do seu comportamento problema (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2003).

Normalmente os clientes aparecem no tratamento com motivações oscilantes e conflitantes entre continuar e parar o consumo de álcool, ou seja, encontram-se verdadeiramente ambivalentes perante a mudança de comportamento. Contudo, esta ambivalência não deve ser entendida com um carácter negativo, antes pelo contrário, a presença de ambivalência representa para além de uma ferramenta de trabalho a possibilidade de mudança.

A motivação é saber porque se quer mudar, ou seja, a consciencialização das vantagens da abstinência corporalizada na vontade de mudança. Um cliente que se apresente totalmente motivado, é aquele que está preparado, disposto e apto para a mudança. Preparado uma vez que se encontra motivado para a mudança de comportamento e inerente alteração de estilo de vida, disposto no sentido em que se mostra disponível para cumprir o programa terapêutico que lhe foi prescrito e no qual terá um papel ativo e por último, apto na medida em que possui os recursos necessários para adoção de um estilo de vida saudável e diferente.

O comportamento de ingestão de álcool é reforçado de forma imediata pela agradável sensação que esta substância psicoativa produz no organismo. Ora este comportamento de dependência continua a ser reforçado até que as consequências negativas, a longo prazo, comecem a emergir. Neste momento, o comportamento não é mais sustentado por contingências reforçadoras positivas, antes pelo contrário, é sustentado por contingências reforçadoras negativas. Deste modo, o cliente continua com a ingestão de bebidas alcoólicas para tentar controlar as sensações adversas que a privação do álcool lhe traz nos momentos de abstinência (síndrome de privação), o que caracteriza um comportamento mantido por contingências negativas. Isto termina com consequências lesivas transversais a todos os níveis de vida do cliente, nomeadamente consequências sociais, familiares e funcionais. Quando estas contingências alcançam um impacto bastante significativo, o cliente pode começar a apresentar comportamentos indicadores de motivação para a mudança de estilo de vida (Resende, Amaral, Bandeira, Gomide & Andrade, 2005), o que vem corroborar a ideia de que o desequilíbrio leva à mudança.

Deste modo, torna-se fácil compreender que ninguém muda porque está bem e se encontra satisfeito com a sua situação atual. Neste sentido, a crise gera mudança e é nas alturas mais críticas, mais sensíveis, que os clientes estão mais aptos para mudar. O que vem justificar a necessidade de respostas imediatas por parte dos serviços de saúde, porque é necessário preservar os momentos chave que garantem o sucesso da intervenção terapêutica.

Apesar de anteriormente a intervenção terapêutica estar maioritariamente direcionada para os défices e limitações dos clientes, na atualidade o foco da intervenção situa-se na identificação e exploração das competências e forças pessoais. Esta visão das problemáticas individuais vai de encontro aos princípios motivacionais, como a promoção do direito de escolha, no qual se encontra inserido a responsabilização pela possibilidade de tomada de decisões conscientes, o empowerment e o otimismo (Miller, 1999).

O estágio motivacional na entrada para o tratamento de dependências de substâncias psicoativas, não se traduz por um conceito com reconhecimentos há muitos anos. Estudos recentes em demonstrado que a motivação é preditor consistente da retenção do tratamento (Joe, Simpson & Broome, 1998). Neste sentido, a motivação desempenha um papel fundamental no tratamento de dependência de álcool, através da sua influência na procura, no compromisso e na manutenção do tratamento, influenciando as mudanças de comportamento a longo prazo.

#### **1.4. Modelo Transteórico de Mudança**

O modelo transteórico de mudança no comportamento desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores nos anos 1970, em que pontua determinadas etapas (de motivação) pelas quais a pessoa passa ao longo do processo de mudança, é um modelo integrativo no tratamento e prevenção das adições, no qual o conceito de mudança abarca uma perspetiva desenvolvimental e concomitantemente evita explicações estáticas sobre o que parece ser ativo processo de adição e recuperação. (Oliveira et al, 2003). Naturalmente este modelo não se trata de “uma simples combinação ou mistura, mas uma teoria emergente,

que seja mais do que a soma das duas partes e leve novas direções de pesquisa e prática” (Prochaska, 1995, p. 406).

No modelo transteórico de mudança, os pressupostos principais são o facto de as automudanças bem-sucedidas dependeriam da aplicação de estratégias certas, de processos certos, na hora certa, a que se chamam estádios (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992). Aos terapeutas, era permitido propor novos constructos teóricos ou intervenções terapêuticas, na medida em que o objetivo era “capacitar terapeutas ecléticos e integrativos a se tornarem inovadores e não apenas seguidores” (Prochaska, 1995, p.404).

A noção de estádios remete para a ideia de que a mudança ocorre ao longo do tempo, segundo estádios caracterizados por padrões de resposta distintos e que foram denominados por Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação ou Determinação, Ação e Manutenção (Yoshida, 2002).

Os clientes que realizam mudanças comportamentais por conta própria ou sob supervisão profissional, geralmente movem-se de um estado de inconsciência ou de relutância face a existência de um problema e à necessidade de mudança, para um estado de consideração ténue do problema, em que já consideram também a possibilidade de mudar. Neste momento, é possível verificar uma progressão da determinação e preparação da mudança do comportamento, até que ação é levada a cabo e o trabalho é feito no sentido de manter essa mesma mudança ao longo do tempo (DiClemente, 1991). Toda a mudança ocorre ao longo do tempo em diferentes estádios que refletem a consciência do problema e a predisposição do cliente para enfrentá-lo. O processo de mudança é cíclico ou em espiral, o que permite aos clientes progredir ou regredir sem ordenação lógica, não sendo obrigatória a passagem linear por todos os estádios contemplados no modelo.

#### 1.4.1. Estádios de Mudança

No estágio de Pré-Contemplanção, os clientes não consideram a mudança e não pretendem modificar o seu comportamento, chegando mesmo a negar a existência do problema e da necessidade de mudar ou mesmo de pedir a ajuda para

o efeito. Assim os clientes neste estágio, dificilmente procuram ajuda para iniciar o seu processo e mudança, e quando o fazem é devido a fatores externos tais como laborais, familiares ou mesmo judiciais. Quando iniciam o tratamento as atitudes mais marcadas são a reatividade e a resistência para a mudança. No entanto noutros predominam sentimentos de desencorajamento que levam a resignação com a situação, acreditam que vão falhar sistematicamente e adotam uma atitude passiva de aceitação resignada do problema, sem perspetiva de possibilidade de mudança face ao futuro (Szupszynski & Oliveira, 2008)

Os clientes no estágio seguinte, ou seja na Contemplação, estão conscientes de que o problema existe e começam a percebê-lo como motivo de preocupação e a encarar a possibilidade de mudança. “Isto é contemplação: saber para onde você quer ir, mas ainda sem estar preparado para ir lá” (Prochaska, 1995,p.409). No que diz respeito a dependência de substâncias psicoativas, os clientes ponderam o abandono das mesmas, ou pelo mesmo a redução de consumo, e procuram informação sobre tratamentos e suporte profissional para a mudança de comportamentos. Embora neste estágio o cliente procure a mudança, a principal característica é a ambivalência. Apresenta vontade de mudar, contudo em momentos de ansiedade e dúvida permanece a ambivalência. Os clientes podem permanecer longos períodos neste estágio, substituindo a ação pelo pensamento, são considerados contempladores crónicos (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Os clientes quando passam para o estágio de Preparação é possível observar duas mudanças específicas, o estabelecimento de um foco na solução de problemas e o pensamento direcionado para o futuro em detrimento da anterior focalização do passado (Szupszynski & Oliveira, 2008). Os clientes neste estágio têm a capacidade de planeamento e o aumento da consciencialização do problema, o que os leva a desenvolverem um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança. O compromisso é assumido interna e externamente, sendo muitas vezes necessário tornar publica a sua intenção de mudar, envolvendo-se de forma mais fidedigna com o processo de mudança. No que respeita ao consumo de substâncias, o seu uso pode-se manter, mas geralmente há intenção de parar num futuro muito próximo. Pode mesmo acontecer já o cessar de consumir ou pelo menos o reduzir do mesmo. Apesar destas pequenas mudanças comportamentais, não faz com que a

possibilidade da existência de ambivalência interna deva ser excluída (Szupszynski & Oliveira, 2008).

No estágio seguinte, o de Ação, os clientes iniciam explicitamente a modificação dos comportamentos dos seus comportamentos. É um período de exige muita dedicação e disponibilização pessoal e que dura até seis meses. Os clientes escolhem uma estratégia de mudança e começam a persegui-la no sentido da sua concretização, ou seja modificam ativamente os seus hábitos comportamentais e o ambiente que os rodeia. Podem reavaliar a sua relação com substância e muitas vezes a sua autoimagem (Miller, 1999). É neste estágio que as mudanças são mais amplas, significativas e apresentam maior visibilidade em comparação às realizadas nos estádios anteriores. Todo o processo de preparação está inserido neste estágio e é necessário que os clientes tenham consciência que é de extrema importância manter as mudanças realizadas (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Por último, o estágio de Manutenção. Neste o grande desafio é manter as mudanças comportamentais e estabilizar o comportamento. É necessário um esforço contínuo por parte dos clientes, de modo a consolidar os ganhos obtidos nos estádios anteriores, principalmente no de Ação, e estarem permanentemente em alerta para prevenir a ocorrência de possíveis lapsos ou recaídas (Miller, 1999). Os clientes deverão ser capazes de detetar e defender-se das situações de risco para a abstinência, ou seja, aquelas que de alguma forma podem colocar em causa a manutenção de mudança de comportamento. Neste estágio está inerente todo um trabalho contínuo de prevenção de recaída e desenvolvimento de estratégias de coping.

De acordo com Miller & Rollnick (2001), é ainda possível enquadrar um sexto estágio: a Recaída. Neste estágio os clientes voltariam a estágios anteriores. Esta pode acontecer a qualquer momento, e obrigatoriamente implica mudança de estágio, mas não necessariamente à Pré-Contemplanção. A Recaída é entendida como um fenómeno natural e normal, quando inserida num processo de mudança de comportamento a longo prazo. De qualquer forma, esta deve ser entendida com uma oportunidade de aprendizagem, e que leve os clientes a perceber que certos objetivos propostos não são realistas, que determinadas estratégias de confronto



não são eficazes e que certos contextos são uma forte ameaça á manutenção da mudança (Miller, 1999).

### **1.5. A Entrevista Motivacional**

A entrevista motivacional, como referido anteriormente, surge como uma estratégia de intervenção no cliente com SDA e tem como pressupostos de que: a ambivalência em relação ao uso de substâncias psicoativas e à mudança é normal. Miller et al., (2002) citado por Ferreira-Borges & Filho, (2007, p. 70-71)

Sendo a ambivalência um conflito interno no cliente, esta faz com que a motivação possa ser considerada como flutuante, ou seja, oscila entre algo que o impele para uma mudança e algo que o constrange nessa mudança, mudar um comportamento é difícil pois, cada lado do conflito tem os seus benefícios e os seus custos, através da aplicação do instrumento do balanço decisional. Pretende-se que os clientes reflitam acerca dos seus valores e expectativas, articulando assim os dois lados que caracterizam a ambivalência. (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p. 71-73)

Miller et al., (2002) citado por (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p.75) refere que no decorrer da entrevista motivacional, o profissional desenvolve a sua intervenção “... com uma forte noção de objetivo...” aplicando “... estratégias claras e habilidades para atingir esse fim; além disso deve contar com uma boa noção de *timing* para intervir de maneiras específicas em momentos incisivos.”.

A intervenção do profissional nesta abordagem desenvolve-se baseando-se em cinco princípios gerais: 1) expressar empatia através de uma escuta reflexiva, 2) desenvolver discrepâncias ou inconsistências entre objetivos do cliente e comportamento atual 3) evitar a argumentação e a confrontação direta 4) acompanhar a resistência do cliente ao invés de se opor a esta 5) promover e apoiar a auto eficácia. (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p.75)

No decorrer desta abordagem o profissional utiliza um estilo empático sendo o ambiente seguro e aberto para debater assuntos, encontrando soluções e métodos para a mudança, compreendendo a perspetiva, os sentimentos e os valores de cada

cliente numa relação de colaboração e sem preconceitos. (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p.75-77)

Os mesmos autores (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p.77-78), mencionam que no decorrer deste processo torna-se útil utilizar uma abordagem onde o profissional exprima compreensão e empatia pelo cliente que gosta de assumir o controlo, procurando de forma constante esclarecer os seus problemas, sendo no entanto incapaz de encontrar qualquer solução.

Na utilização da entrevista motivacional, a relação de ajuda tem que estar presente. A relação de ajuda é um tipo particular de relação terapêutica, definido há cerca de quatro décadas por Rogers e inscreve-se numa realidade muito mais ampla que é o ato de cuidar. Este autor (Rogers, 1980, p.43) define-a como: “o tipo de ajuda na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, uma utilização mais funcional dos recursos internos do indivíduo, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”.

Para Chalifour, (2008, p.33-34) a Relação de Ajuda “consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda”. Essa interação pressupõe que o enfermeiro saiba como comunicar e adote uma maneira de estar em função dos objetivos que pretende atingir. Esses mesmos objetivos estão relacionados com a necessidade de ajuda do cliente e da compreensão que o enfermeiro tem do seu papel na Relação de Ajuda.

Já Phaneuf, (1995, p.4) define relação de ajuda como:

uma relação particularmente significativa que se instaura entre um ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento, e que sente dificuldade em os enfrentar sozinho, em encontrar os meios de os aceitar de se adaptar ou de sair destes e um ajudante, na ocorrência uma enfermeira, que em dado momento o ajuda a encará-los e a encontrar em si próprio os recursos necessários para lhe fazer face. É uma troca, tanto verbal como não-verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico



e acrescenta “Ajuda não significa oferecer à pessoa soluções prontas, mas significa orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos” (Phaneuf, 1995, p.5).

Os objetivos da relação de ajuda, foram definidos por Phaneuf (1995, p.8) como: “ajudar a pessoa de quem se cuida a enfrentar os seus problemas presentes [...] a ver o seu problema mais claramente”, bem como “estabelecer contactos sociais e relações significativas”. Esta autora aponta várias dificuldades no estabelecimento da relação de ajuda, que designa por “barreiras à relação”, de entre as quais se destaca o tempo, estilo de comunicação do enfermeiro que presta cuidados, dificuldades ligadas às diferenças culturais, entre outras.

Para Ferreira-Borges & Filho (2007, p. 78), utilizar a argumentação na entrevista motivacional não irá aumentar a motivação do cliente para a mudança, pois este irá torna-se resistente, sendo um sinal para o profissional que terá de alterar a sua estratégia: a “... abordagem é «caminhar» ao lado dos clientes (ou seja, acompanhá-los durante o tratamento), e não «arrastá-los» ao longo do processo de mudança.” A motivação para a mudança surge quanto maior a perceção do cliente nas discrepâncias entre a sua situação atual e o que deseja para o futuro, desenvolvendo a consciência das consequências de forma a ajudá-lo a examinar o seu comportamento, cabendo ao próprio apresentar as razões para realizar a mudança.

A resistência do cliente perante a intervenção deve ser acompanhada sob uma perspetiva construtiva, encorajando-o a falar e a continuar envolvido na sua mudança. Miller (1999) citado por Ferreira-Borges & Filho (2007, p. 79-80) identifica quatro comportamentos comuns do cliente em resistir à intervenção: Argumentar (coloca em causa a exatidão, perícia ou conhecimento do profissional, desvalorizando, hostilizando ou desafiando-o); Interromper (interrompe o profissional de uma forma defensiva, falando por cima ou cortando-lhe a palavra); Negar (mostra relutância em reconhecer os problemas, cooperar, aceitar a responsabilidade ou seguir conselhos, culpando, minimizando ou discordando com o profissional); Ignorar (demonstra estar a ignorar ou não estar a prestar atenção ao profissional encontrando-se desatento, não respondendo ou desviando o assunto).

Através de respostas reflexivas e estratégicas definem-se intervenções que têm como principal objetivo, diminuir expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança.

Carneiro et al., (2004) citado por Ferreira-Borges & Filho (2007, p. 80-82) menciona que o profissional deve recorrer às respostas reflexivas e às respostas estratégicas.

As reflexivas são: Simples (responder à resistência e à não - resistência, ou seja repetir a declaração do cliente de uma forma neutra); Amplificadas (reproduzir a declaração do cliente de uma forma exagerada mas sem sarcasmo); Dupla – Face (espelhar ao cliente a divisão interna que este está a viver, ou seja, a sua ambivalência, que normalmente não está clara para ele próprio).

As respostas estratégicas são enunciadas como: Reformulação (utiliza-se quando o cliente nega os problemas, tendo como objetivo convidá-lo a pensar sob uma nova perspetiva); Reflexão e reformulação (tem como meta devolver ao cliente o que este falou e oferecer uma nova perspetiva sobre o assunto); Mudança de foco (quando se encontra resistência, intencionalmente se redirige o foco noutra direção, de forma a diminuí-la podendo voltar mais à frente ao assunto); Enfatizar a escolha e o controlo pessoal (quando o profissional reafirma ao cliente que ele é a melhor pessoa para saber quais são as suas necessidades e que quem, em última análise, fará as suas escolhas é ele próprio). Melhorar e reforçar a autoeficácia no processo de mudança requer pelo profissional, incentivar e apoiar os clientes para concretizar a mudança, ao mudar surgem sentimentos sobre a capacidade para lidar com situações que representam risco ou ameaça à perceção de controlo. A crença na capacidade de mudar é uma motivação importante, o cliente é responsável por escolher e fazer a sua mudança, esta filosofia é incutida também nos grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anónimos e Narcóticos Anónimos). (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p. 82-83).

Henry – Edwards et al., (2003) citado por Ferreira-Borges & Filho, (2007 p. 83) enuncia como habilidades de intervenção para construir a motivação para a mudança cinco técnicas “...utilizadas para ajudar os clientes a explorar a sua ambivalência e as razões para parar ou reduzir o uso de substâncias.”. As primeiras

quatro são conhecidas pelas siglas OARS: Open – ended questions (perguntas abertas), Affirmation (Encorajar), Reflective listening (escuta reflexiva) e Summarising (resumir), a quinta fomenta expressões verbais de mudança (declarações automotivacionais) integrando e orientando as primeiras quatro, fortalecendo o compromisso de mudança.

Na construção da motivação para a mudança, as perguntas abertas ajudam o profissional a compreender o ponto de vista do cliente, promovem a expressão dos sentimentos sobre um determinado assunto, facilitam o diálogo, não podendo ser respondidas só com uma palavra e não requerem uma resposta em particular (informação adicional neutra). (Ferreira-Borges & Filho 2007, p. 84)

Encorajar significa que o profissional está a apoiar e a promover a autoeficácia no cliente, reconhecendo as suas dificuldades do passado e validando as suas experiências e sentimentos. (Ferreira-Borges & Filho 2007, p. 84-85)

Ao escutar reflexivamente, o profissional confirma em vez de partir do princípio que sabe o significado daquilo que foi dito tendo em atenção as respostas verbais e não-verbais, estimula e encoraja uma maior exploração dos problemas e sentimentos, transmitindo respeito de forma a reforçar a motivação e a consolidar a aliança terapêutica. (Ferreira-Borges & Filho 2007, p. 85-87)

Resumir reforça "...aquilo que foi dito, mostra que esteve a ouvir atentamente e prepara o cliente para seguir em frente." Miller et al., (1991) citado por Ferreira-Borges & Filho (2007, p.87). Os resumos orientam e dão um significado ao processo de mudança, focando na maioria dos casos situações de stress.

Através das declarações auto motivacionais permitem que o cliente reconheça o problema em termos cognitivos, expressando efetivamente preocupação, através de uma intenção explícita ou implícita para mudar o comportamento, o profissional tem o papel de fomentar o otimismo relativamente à capacidade de mudar. Miller et al., (1991) citado por Ferreira-Borges & Filho (2007, p. 87-89)

Para consolidar o compromisso de mudança, o profissional negocia com o cliente, um menu de escolhas desenvolvendo um contrato comportamental,

antecipando e reconhecendo as dúvidas/barreiras, assegurando uma rede de suporte social para que este inicie o plano de mudança. Com estas intervenções pretende-se que o cliente reconheça e compreenda a necessidade de mudança, diminuindo a resistência e desenvolvendo uma visão do futuro colocando em prática algumas mudanças. (Ferreira-Borges & Filho 2007, p. 87-90)

A utilização da entrevista motivacional tem sido alvo de vários estudos, para perceber os seus efeitos e resultados. Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis (1991) citados por Rangé & Marlatt (2008) fizeram uma revisão de ensaios controlados incluindo 33 diferentes modalidades de tratamento do alcoolismo e concluíram que há boa evidência da eficácia das seguintes intervenções terapêuticas: treino de aptidões sociais, treino do autocontrolo, entrevista motivacional breve e gestão do stress. Miller & Wilbourne (2002) encontram forte evidência de eficácia nas intervenções breves e treino de aptidões sociais.

Lundahl & Burke (2009), fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre quatro meta-análises efetuadas sobre a efetividade e aplicabilidade da entrevista motivacional, concluíram que a utilização desta, em pessoas com problemas de consumo de álcool é 10-20% mais eficaz do que a inexistência de qualquer tratamento, ou no mínimo, igual a outros tratamentos existentes. Demonstra a sua importância na adesão a regimes terapêuticos e à redução de comportamentos de risco. Refere igualmente que a relação custo benefício a torna particularmente atraente em relação a outras intervenções terapêuticas existentes. Mostra também a sua eficácia independentemente das variáveis de cada cliente. Refere, como provável a durabilidade dos seus efeitos. Menciona também que pode ser apreendida e utilizada por todos os profissionais de saúde.

A Entrevista Motivacional pode ser conduzida por vários profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros. Miller & Rollnick (2001) defendem que estes, à semelhança de todos os outros, recebam formação e adquiram competências específicas neste tipo de abordagem. Os enfermeiros precisam explorar o uso da intervenção breve na sua prática diária (Hyman, 2006).

## **1.6. Modelo de Betty Neuman e o cliente com Síndrome de Dependência Alcoólica**

Neuman, B. (1995) propõe-nos um olhar sobre a pessoa como sendo um ser holístico. A perspectiva definida por Neuman considera a pessoa um sistema-cliente, aberto e em constante interação com os outros sistemas, sejam eles a família, o trabalho, a comunidade em que está inserida. O cliente como núcleo central (estrutura básica) do sistema que é formado por variáveis existentes em harmonia funcional que são definidas como: fisiológicas, psicológicas, sócio – culturais, de desenvolvimento e espirituais.

O modelo de Neuman consiste na conceção de uma estrutura básica de recursos de energia, que são todas as variáveis de sobrevivência comum ao homem, assim como as suas características individuais. É composto essencialmente por dois elementos: o stresse e a reação ao mesmo, complementados pelas variáveis de tempo e/ou ocorrências, condições presentes e/ou passadas do cliente, natureza e intensidade do stresse e a quantidade de energia requerida pelo organismo para adaptar-se às situações.

Segundo este modelo o cliente pode ser descrito figuradamente por círculos concêntricos que são denominados linhas. A primeira linha é a linha normal de defesa, concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um cliente em particular ou um sistema. A seguinte, é a linha flexível de defesa, um mecanismo protetor que rodeia e protege a linha normal da entrada de qualquer "invasor"<sup>1</sup>. Uma vez ocorrida a invasão, o cliente perde a sua linha de resistência, composta por fatores de resistência interna, que protegem e preservam a estrutura básica contra o agente invasor, diminuindo a intensidade do grau de reação do invasor. As quatro maiores categorias do stress são: a dor, mudança cultural, privação sensorial e a perda.

A importância das intervenções dos profissionais de saúde na redução da possibilidade de encontro do cliente com o "stressor" e, no caso do mesmo persistir, tentar-se-ia, através de técnicas metodológicas de cuidado à saúde, reforçar a linha

---

<sup>1</sup> O termo invasor, utilizado pela autora, tem o significado de caracterizar aquilo que venha perturbar o equilíbrio da estrutura básica de energia do organismo do cliente.

flexível de defesa do cliente para minimizar a possibilidade de reação. O estado de equilíbrio que requer trocas de energia pelas quais o homem é capaz de enfrentar os seus *invasores* é denominado por Neuman de “*Homeostasia*”. Assim, o cliente enfrenta o seu stresse e recupera o estado de viver saudável, confirmando a integridade do sistema. No cliente com SDA, estes “stressores”, as reações e as forças de reconstituição podem ser classificados como: agentes intrapessoais, e atuam no interior do cliente, por exemplo a cirrose, o “inventar desculpas”, esconder ou recalcar os seus verdadeiros sentimentos, não enfrentar a raiva, etc.; agentes interpessoais, atuam num contexto de relação entre um ou mais indivíduos como por exemplo, frequentar os locais habituais de consumo, os conflitos familiares, laborais e legais, que muitos clientes com SDA têm; por último os agentes extrapessoais, atuam no exterior do cliente, por exemplo a pobreza ou mesmo o emprego. O cliente com SDA acaba por perder muitas vezes tudo o que tinha.

A enfermagem centra-se na esoa, inserida na família e na sociedade. Neuman define enfermagem como uma “profissão única” que tem a ver com todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stresse. Os cuidados de enfermagem têm por objetivo auxiliar o cliente a adaptar-se, ajustar-se, restaurar ou manter algum grau de estabilidade entre as variáveis que o constituem e os stressores ambientais.

Neste sentido, o enfermeiro intervém aos vários níveis de prevenção, que são elas: primária, secundária e terciária, consoante o estágio em que o cliente se encontra, com o objetivo de manter, melhorar ou recuperar o seu nível de bem-estar.

A autora sistematiza o processo de enfermagem em três categorias básicas: Diagnóstico de Enfermagem, que consiste em determinar quais os fatores de stresse que põem em risco a estabilidade do cliente, nomeadamente através da observação que o enfermeiro faz e da elaboração de uma base de dados, nesta etapa é importantes considerar as perceções do cliente; Metas de Enfermagem, estabelecer prioridades e objetivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre o enfermeiro e o cliente, e as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema cliente; Resultados de Enfermagem dizem respeito ao objetivo de manter a estabilidade total do sistema, num ou em mais níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.



Quando o cliente com SDA é internado por manifestar sintomatologia, as intervenções situam-se a nível secundário, desenvolvidas essencialmente para fortalecer as linhas de resistência, mobilizando para tal, os recursos internos e externos do sistema cliente. Se os resultados da intervenção secundária forem positivos, ocorrerá a reconstituição do sistema, quer dizer um estado de adaptação do cliente aos fatores de stresse do ambiente interno e externo. Esta adaptação pressupõe um movimento no sentido da melhoria da saúde/bem-estar do cliente, ou mais concretamente, o retorno e manutenção da estabilidade do sistema na sequência do tratamento das reações/sintomatologia aos agentes de stress. Caso contrário, a tendência será para a falência da estrutura básica e consequentemente a morte do cliente.

Neuman, citado por Tomey & Alligood (2004, p.338), define “O cliente é um sistema capaz tanto de *input* como de *output* relacionado com influências ambientais que interage com o ambiente adaptando-se-lhe; ou como um sistema, adaptando o ambiente a si (...)”. *Input* e *output* são “matéria, energia e informação trocadas entre o sistema do cliente.”

Considera-se que o modelo de sistemas de Betty Neuman traz contributos enquanto suporte teórico para ajudar a compreender como os comportamentos humanos influenciam a redução dos consumos abusivos de substâncias psicoativas. Um cliente com SDA, significa que mais uma vez as suas linhas de proteção foram atravessadas, tendo sido atingido o seu núcleo central, colocando novamente em causa o seu equilíbrio.

A preocupação para a enfermagem está em manter o sistema-cliente estável através da avaliação dos efeitos dos stressores ambientais de forma a intervir, fomentando os ajustes necessários para um nível de bem-estar ótimo ou o melhor estado de saúde possível. Neste contexto, considera-se que as intervenções em enfermagem, segundo os níveis de prevenção referidos e onde se integra a entrevista motivacional, e deverá contribuir para promover e fortalecer a adesão ao tratamento para que o cliente recupere o seu nível de bem-estar.

As intervenções de enfermagem têm como objetivo a manutenção do bem-estar do sistema cliente, de auxiliar este a adaptar-se, ajustar-se, restaurar ou

manter algum grau de estabilidade entre as variáveis que o constituem e os stressores ambientais. Sendo importante o envolvimento do cliente nos diferentes processos terapêuticos, e a motivação para a mudança é fundamental.



## **2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Neste capítulo, pretende-se descrever a problemática do projeto, a caracterização dos participantes, as técnicas e instrumentos utilizados, assim como os procedimentos utilizados no decorrer do projeto, tendo em conta os diferentes contextos de estágio. Por fim serão referidos as questões éticas inerentes ao projeto de intervenção.

O estágio decorreu em dois contextos. Num primeiro contexto numa unidade especializada em tratamento de clientes com SDA situada em Lisboa. Num segundo contexto decorreu num serviço de internamento de psiquiatria que também recebia clientes com SDA. Este serviço está inserido num centro hospitalar psiquiátrico em Lisboa.

### **2.1. A Problemática do Projeto**

A problemática escolhida para a realização do estágio, deve-se ao facto da minha experiência com clientes com SDA, e a sua baixa motivação para o tratamento. Tive necessidade de aprofundar o contacto e desenvolver competências numa área que para mim é fascinante: a dependência de substâncias, nomeadamente o álcool.

Outra inquietação que me levou a esta problemática, é que desde que iniciei a minha vida profissional, diariamente contacto com várias clientes com SDA, o que me leva a refletir sobre o meu comportamento e dos meus colegas em relação a esse tipo de clientes. Não podemos esquecer que o enfermeiro é o profissional que permanece com o cliente mais tempo, assim sendo, o nosso papel deverá ser o deve ser o de facilitador da reabilitação deste em todos os domínios, esta relação possui assim características próprias, nem sempre fáceis de serem identificadas.

A problemática do abuso/dependência de substâncias tem vindo a assumir uma grande importância no contexto da saúde mental e da psiquiatria. Relaciona-se intimamente com uma variedade de problemas físicos, mentais e sociais e assume proporções de relevância na saúde pública. (Ferreira-Borges & Filho, 2004)

A nível individual, trata-se de um fenómeno que acarreta não só pesadas complicações somáticas mas também psicossociais. Colide ainda com a capacidade de realização de tarefas da família como adaptação, proteção, participação, crescimento e suporte (Nina e Paiva citados por Martins, 2003). Socialmente, correlaciona-se com problemas laborais, de desinserção social e criminalidade.

As pessoas com um diagnóstico de perturbação mental, estão mais suscetíveis a desenvolverem comportamentos de abuso/dependência de substâncias psicoativas cujos consumos poderão ajudar a aliviar e camuflar fenómenos psicopatológicos (Patrício, 1997), sabendo-se que estas têm efeitos antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos. Por outro lado, tem vindo a ser relatada a relação entre doenças psiquiátricas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Reconhecem-se assim i) o problema do recurso às drogas como automedicação para alívio de sintomas psicopatológicos ou doença mental primária que origina abuso de substâncias, ii) o abuso de substâncias primário que origina doença mental, por relações causais diretas ou indiretas e, iii) a presença independente destas duas entidades nosológicas distintas – duplo diagnóstico primário. Esta co morbilidade assume-se como uma prioridade, quer pela sua prevalência quer pelo mau prognóstico associado, implicando o tratamento uma abordagem não só do consumo de substâncias psicoativas mas também da sua psicopatologia (Patrício, 1997).

Sendo a motivação para o tratamento, considerada por vários autores, como um fator fundamental e determinante na obtenção de melhores resultados no processo de mudança e recuperação dos clientes, cabe ao enfermeiro a função de motivar, aumentando a "... probabilidade que o cliente desenvolva comportamentos específicos com o objetivo de mudar.". Janeiro (2007, p50).

Sendo a Entrevista Motivacional um conjunto de técnicas que o enfermeiro deve dominar, ela por si só não desencadeará o processo de mudança. É necessária uma articulação saudável entre as características pessoais e o comportamento interpessoal do enfermeiro e do cliente. Compreende-se, deste modo, que é necessário haver uma co construção da mudança, em detrimento de um trabalho individual. O enfermeiro precisa de ter consciente que, como num puzzle, as peças só fazem sentido se conjugarem umas com as outras e que,

existindo de uma forma isolada, nenhum puzzle será acabado, ou seja, a mudança não poderá ser alcançada.

## **2.2. Caracterização dos Participantes**

Neste ponto pretende-se caracterizar os participantes que foram alvo da implementação do projeto ao longo do estágio.

No decurso do estágio que decorreu de 1 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013 (com exceção do período de férias escolares), participaram neste programa 26 clientes, sendo que 20 clientes (designados Grupo 1) foram no primeiro contexto de estágio (unidade especializada) e os outros 6 clientes (designados Grupo 2) foram no segundo contexto de estágio. Foram estabelecidos como critérios de inclusão, os clientes que apresentarem taxa de alcoolémia á entrada inferior a 1 g/dl, ou não se apresentarem notoriamente embriagados e não serem analfabetos, e apresentarem livre vontade de participar no estudo.

Neste ponto opta-se por realizar uma caracterização global dos participantes. Da amostra do estudo (26 clientes), 19 clientes (73%) eram do sexo masculino e 7 clientes (27%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 57 anos de idade, sendo a média de idades de 44 anos.

Dos clientes que participaram, 10 clientes (38%) apresentavam o estado civil de divorciado/separado, 8 clientes (31%) de casado/união de facto e 8 clientes (31%) de solteiro.

Quanto á situação profissional, 18 clientes (69%) apresentavam-se desempregados, 6 clientes (23%) empregados, 1 cliente (4%) reformado por invalidez e outro cliente (4%) de incapacidade temporária para o trabalho.

Relativamente á escolaridade, 11 clientes (42%) apresentam o grau de 1º ciclo, 7 clientes (27%) de 3º ciclo, 3 clientes (12%) o ensino Secundário, 3 clientes (12%) o ensino superior e 2 clientes (8%) o 2º ciclo escolar.

Como forma de sistematizar todos estes dados de seguida apresenta-se uma tabela resumo dos mesmos.

Tabela 1 – Caraterização dos Participantes

Variável	N=26	%
<b>Género</b>		
Masculino	19	73
Feminino	7	27
<b>Idade</b>		
≤30	1	4
31-39	4	15
40-49	17	65
≥50	4	15
<b>Estado Civil</b>		
Divorciado/Separado	10	38
Casado/União de Facto	8	31
Solteiro	8	31
<b>Situação Profissional</b>		
Desempregados	18	69
Empregados	6	23
Reformados	1	4
Incapacidade Temporária para o Trabalho	1	4
<b>Escolaridade</b>		
1ºCiclo	11	42
2º Ciclo	2	8
3º Ciclo	7	27
Secundário	3	12
Ensino Superior	3	12

Como se pode constatar nos dados apresentados, existe uma percentagem elevada de clientes desempregados. Como referido anteriormente o cliente com dependência alcoólica, segundo Betty Neuman, enfrenta vários tipos de stressores, podendo ser classificados como agentes intrapessoais, interpessoais ou

extrapessoais. O desemprego presente nesta amostra revela mais uma vez que os clientes com dependência alcoólica estão mais suscetíveis e vulneráveis a serem “invadidos” pelos stressores, diminuindo assim as suas linhas de defesa.

Apresenta-se de seguida outra tabela com dados dos clientes relativamente aos consumos de outras substâncias, tratamentos anteriores por SDA e evolução em anos de dependência alcoólica.

Tabela 2 – Tipologia e História de Consumos

Variável	N=26	%
<b>História de Consumo</b>		
Apenas Álcool	17	65
Álcool e outras substâncias	9	35
<b>Dependência Alcoólica (em anos)</b>		
<10	5	19
10-15	8	31
16-20	8	31
≥21	5	19
<b>Tratamentos anteriores por SDA</b>		
Sim	20	77
Não	6	23

Dos 22 clientes que participaram no projeto, 17 clientes (65%) referem que apenas consomem exclusivamente bebidas alcoólicas, enquanto 9 clientes (35%) refere também consumir, ou já ter consumido, outras substâncias psicoativas (cocaína, heroína, anfetaminas, haxixe/cannabis, ecstasy...)

Quanto á evolução da dependência alcoólica em número de anos, 5 clientes (19%) manifesta que a dependência de álcool começou há menos de 10 anos, outros 8 clientes (31%), referem que situa-se entre 10 a 15 anos, outros 8 clientes (31%) entre 15 e 20 anos e 5 clientes (19%) referem que a dependência alcoólica já começou há mais de 21 anos. A média de anos de dependência alcoólica dos clientes é de 15,58 anos. Estes dados torna-se muito subjetivos, dado ser fornecidos

pelos clientes, assim como, é difícil de temporalizar o verdadeiro início da dependência.

Relativamente aos tratamentos anteriores por SDA, 20 clientes (77%) referem ter já realizado algum tratamento anterior, quer seja, em regime de ambulatório junto de comunidades terapêuticas, médico de família, ou mesmo recorrendo ao internamento. Os outros 6 clientes (23%) referem que este internamento é o seu primeiro tratamento por SDA.

### **2.3. Técnicas e Instrumentos utilizadas**

Ao longo do estágio foram utilizados algumas técnicas e instrumentos e que se passam a descrever em seguida.

#### **2.3.1. Entrevista de avaliação**

A realização de entrevistas decorreu ao longo do todo o projeto. Pretendeu-se que para além da recolha de dados sociodemográficos, a entrevista tivesse como objetivo a caracterização do estágio motivacional do cliente. Para isso realizou-se entrevistas utilizando vários instrumentos que passaremos a descrever:

1. Guião de recolha de dados sociodemográficos, história e natureza dos consumos

A elaboração do referido guião (APENDICE I) visou sistematizar e recolher a informação no momento de admissão do cliente ao internamento. Este guião é uma adaptação da folha de colheita de dados da Unidade de Alcoologia de Lisboa. Este guião sistematiza a informação, quer seja a sociodemográfica, antecedentes pessoais e familiares, genograma, história de consumos e de dependência de substâncias, medicação, registo de parâmetros vitais entre outras informações. É um guião subjetivo dado ter por base a informação fornecida pelo cliente/família, assim como a avaliação de quem a realiza.

Esta primeira avaliação é de extrema importância, tal como refere Elhart (1983, p.159) “toda a gente sabe que as primeiras impressões são por vezes as que mais perduram, pelo que deverão envidar os maiores esforços no sentido de exteriorizarem interesse, simpatia e compreensão durante os primeiros momentos...”.

Na avaliação de clientes com SDA, é necessário começar por conhecer os comportamentos, e só depois, perguntar por sentimentos, colocando no prato da balança vantagens e desvantagens que a pessoa tem em continuar a consumir álcool. (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Os mesmos autores definem como objetivos da avaliação inicial: 1º recolher a identificação geral e informação sobre problema atual; 2º determinar o grau de motivação para a mudança; 3º estabelecer, através de instrumentos adequados, o nível de gravidade e complicações associadas ao uso de álcool, 4º aconselhar e encaminhar para a modalidade de tratamento indicada, 5º acompanhamento e monitorização adequada.

Ferreira-Borges & Filho, (2004) referem que é importante avaliar o estado atual do cliente no contexto de vários fatores externos (família, emprego, modo de vida), assim como o estado emocional e a prontidão para agir a partir do reconhecimento das consequências do consumo. Interessa criar uma forte dissonância ou discrepância entre o comportamento presente da pessoa e as finalidades pessoais mais relevantes. Neste sentido a utilização da entrevista motivacional é um processo fundamental para perceber o grau de motivação e a capacitação para a mudança.

## 2. Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

O RCQ foi desenvolvido por Heather & Rollnick (1992, 1993) e traduzido e adaptado para português por Fonte (1996) (ANEXO I), e tem como objetivo avaliar especificamente o estágio de mudança no qual o cliente com SDA se encontra. É um questionário de auto preenchimento pelo cliente, sendo constituído por 12 questões que o ajudam a clarificar a sua posição, conduzindo a uma reflexão sobre a relação com o álcool e os eventuais prejuízos dessa mesma relação.



A análise fatorial dos itens organiza-se em três estádios principais (Pré-Contemplação, Contemplação e Ação), representados por 4 itens cada, que procuram apreciar diferentes aspetos do mesmo estádio, para uma avaliação mais completa. As respostas a cada item são distribuídas numa escala de cinco pontos (de -2=Desacordo Total a +2=Acordo Total).

Quanto à cotação final das subescalas, é feita através da soma aritmética dos respetivos itens e posteriormente é atribuído o estádio ao cliente em função da subescala na qual teve uma pontuação mais elevada. No caso de empate, o cliente é situado no estádio mais avançado, pressupondo que se trata do ponto mais alto obtido ao longo de um contínuo de mudança.

A utilização do RCQ permitiu o enquadramento dos clientes no estádio de mudança do Modelo Transteórico, permitindo assim uma maior efetividade dos objetivos propostos, de forma a ajudar o cliente a desenvolver estratégias de mudança na sua relação com o álcool. A aplicação do RCQ permitiu ainda a comparação do estádio onde se encontrava o cliente no momento da alta, comparando com o resultado da admissão.

### 3. Guião da Entrevista Motivacional

A realização deste guião (APENDICE II), surgiu na necessidade da preparação para a realização da entrevista motivacional com os clientes, de modo, a desenvolver a mesma de uma forma correta e estruturada, tendo por base os cinco princípios gerais da Entrevista Motivacional (Expressar empatia através de uma escuta reflexiva; Desenvolver discrepância entre os objetivos ou valores do cliente e o comportamento atual; Evitar a argumentação e a confrontação direta; Acompanhar a resistência do cliente ao invés de se opor a esta; Promover e apoiar a autoeficácia e o otimismo), assim como aplicar as cinco técnicas com o cliente (Fazer perguntas Abertas; Encorajar; Escuta Reflexiva; Resumir; Fomentar expressões verbais de mudança).



### 2.3.2. Intervenção Psicoeducativa

A Intervenção Psicoeducativa é definida segundo Toletti (2011)<sup>2</sup>, como “toda a intervenção que utiliza principalmente procedimentos psicossociais para favorecer mudanças no cliente, que lhe permitam atingir melhores níveis de saúde e bem-estar, particularmente (...) a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores”. Nesse sentido, a psicoeducação é definida por Goldman como “a educação e a formação, nos domínios do tratamento e readaptação, de uma pessoa que sofre de um distúrbio psiquiátrico” (Toletti, 2011)<sup>2</sup>.

A psicoeducação tem os seguintes objetivos gerais: melhorar o autoconhecimento face à doença, melhorar a adesão, diminuir risco de recaída, detetar e intervir precocemente nas recaídas, adotar estratégias concretas durante a crise (Mullen, 2009).

A psicoeducação refere-se a informação sistemática, estruturada e didática relativa à doença e ao seu tratamento e tem em conta os aspetos emocionais individuais, permitindo estimular os clientes a lidar com a doença adequadamente (Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-walz, 2006) Esta intervenção permite que o cliente seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença, ajudando-o a lidar melhor com a sua problemática, pois passa a conhecer detalhadamente as consequências, os sintomas e os fatores desencadeantes referentes à patologia que apresenta (Caminha, Wainer, Oliveira & Piccoloto, 2003).

Pekkala & Merinder (2004) efetuaram uma revisão sistemática dos programas de psicoeducação tendo concluído que pode ter um impacto positivo no aumento do insight quanto à patologia, adesão à medicação e nível de funcionamento psicossocial. Além disso, as intervenções psicoeducacionais, são também particularmente atrativas por serem pouco dispendiosas e facilmente aplicáveis (Bäuml et al., 2006).

---

<sup>2</sup> UNIDADE CURRICULAR DE Relação Terapêutica e Aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (Apontamentos). Professora Glória Toletti. ESEL, 2011

Ao longo do desenvolvimento do projeto foram realizados dois tipos intervenção psicoeducativa que serão descritos de seguida.

- Sessão Psicoeducativa sobre Prevenção da Recaída

O Modelo de Marlatt & Gordon (1993), sobre a prevenção da recaída, incide sobre os fatores que se encontram presentes nas situações de recaída, apresentando situações determinantes interpessoais (emoções negativas, estados físicos negativos, desejos e tentações) e intrapessoais (conflitos interpessoais, pressão social, emoções positivas).

Os mesmos autores referem que ajudar o cliente a identificar e colocar em prática as estratégias de prevenção da recaída é essencial para que as mudanças obtidas sejam mantidas.

Foi com base nas premissas deste modelo que se desenvolveu esta sessão (APENDICE III). A sessão foi realizada a todos os clientes internados num determinado dia no primeiro local de estágio.

- Jogo Psicoeducativo “O Mapa das Estradas”

O denominado jogo “O Mapa das Estradas”, consistia em os clientes que nele participaram, descreverem através de um mapa desenhado em papel, o seu trajeto de vida. Onde as curvas e as estradas sinuosas representavam as suas recaídas e lapsos. Após o desenho dos referidos mapas, cada um, descreveu verbalmente o seu percurso, verbalizando a altura cronológica dos seus acontecimentos de vida. Curiosamente, ou não, os inícios de consumo, iniciavam-se na adolescência, agravavam-se no período de tropa (no caso dos clientes masculinos), e também em altura de conflitos familiares (por exemplo: divórcio), ou mesmo em situações de perda de emprego. Para a concretização do referido jogo elaborou-se um plano de sessão. (APENDICE IV)

### 2.3.3. Sessões de Relaxamento

O relaxamento surge como uma intervenção especializada a que o enfermeiro especialista em ESM, terá que estar capacitado a desenvolver. Segundo

Gorski & Miller (1992,p 23) “O relaxamento deve ser usado como uma ferramenta para conseguir que o cérebro funcione adequadamente e também para reduzir o stress” transversalmente, Marlatt & Gordon, (1993, p.279) recomendam “... a utilização do relaxamento como preventivo do stress e que a sua utilização deve ser um procedimento no decorrer de um programa de recuperação”. Payne (2003) define o relaxamento como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo. Isto inclui os aspetos psicológicos da experiência de relaxamento, como são as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stresse ou perturbadores.

Desta forma a adaptação do relaxamento muscular progressivo de Jacobson, será uma opção para a diminuição da ansiedade, a curto e médio prazo. O relaxamento muscular progressivo de Jacobson, baseia-se na utilização e fusão da, tensão – distensão, isto é, contração e descontração de grupos musculares específicos e de forma separada. O relaxamento pode ser utilizado como resposta às sensações de tensão ou ansiedade no quotidiano, utiliza-se para reduzir a tensão mental.

No decorrer do estágio realizou-se duas sessões de relaxamento, sendo que os clientes que participavam na sessão eram clientes que se encontravam internados na Unidade Especializada. Em cada sessão participaram 10 clientes, não tendo havido nenhuma recusa, ou exclusão. Foi garantido, o anonimato e confidencialidade da informação recolhida, a sua utilização será apenas aplicada para fins estatísticos e académicos. Estas sessões tiveram como principal objetivo, a redução de ansiedade nos clientes internados.

Para a realização das sessões elaborou-se um plano (APENDICE V), onde consta os objetivos gerais e específicos assim como o método a utilizar. Para que a sessão seguisse uma conduta elaborou-se um guião da sessão de relaxamento (APENDICE VI).

Como instrumento de avaliação dos níveis de ansiedade aplicou-se o Inventário de Ansiedade - Estado (STAI – Y1) de Spielberger et al., (1973) (ANEXO II) que se descreve em seguida:

### 1. Inventário de Ansiedade - Estado (STAI – Y1) de Spielberger et al., (1973)

O questionário STAI-Y1 é constituído por 20 itens numerados que são classificados por intensidade, ou seja, o cliente indica como se sente naquele momento através de uma escala tipo Lickert de 4 pontos, numerada de 1 (sem ansiedade) até 4 (muita ansiedade). Desta forma os resultados variam entre 20 e 80, sendo que valores mais elevados correspondem níveis de ansiedade maior.

No entanto, a fim de evitar a tendência não premeditada dos clientes darem respostas dos extremos da escala, alguns itens são pontuados de forma inversa. O nível de ansiedade é determinado pela soma das 20 questões. Os itens invertidos no STAI-Y1 são as questões 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20.

A ansiedade - estado é definida como a ansiedade contextual, associada às circunstâncias do momento. Trata-se de um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos, de tensão e apreensão e, por aumento da atividade do sistema nervoso autónomo.

Para além da aplicação do STAI-Y1, avaliou-se a tensão arterial e frequência cardíaca antes e depois das sessões, aos clientes que participaram em cada sessão.

## **2.4. Procedimentos no decorrer do projeto**

Afim de melhor compreensão da realização do projeto, descreve-se neste subcapítulo os locais de estágio e os procedimentos ocorridos nos mesmos.

Aquando da realização do planeamento dos locais de estágio, houve necessidade de adequar os locais aos objetivos propostos. Sendo assim iniciou-se o estágio numa Unidade Especializada em Alcoologia, que se passa a descrever de uma forma sucinta.

#### 2.4.1. Unidade Especializada em Alcoologia

De 01 de Outubro de 2012 a 11 de Janeiro de 2013

A referida unidade situa-se Lisboa, e apresenta duas valências distintas: o serviço de ambulatório e o serviço de internamento. Realizou-se o estágio no serviço de internamento. Este serviço intervém com o cliente segundo um programa de desintoxicação psicoterapêutico multidisciplinar, sendo que os cuidados prestados ao cliente, desenvolvidos numa perspetiva de tratamento, acompanhamento, reabilitação e reintegração na família/sociedade. O programa tem como objetivos principais a abstinência total de álcool e de outras substâncias psicoativas e a promoção para a mudança de estilos de vida, adotando estilos de vida saudáveis.

O internamento tem capacidade para 25 clientes, sendo 20 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Os clientes estão em internamento voluntário mas sujeito a regras e normas definidas. O Modelo de tratamento preconizado é uma adaptação do Modelo *Minnesota*, que se baseia no conceito de doença "... que considera a dependência de substâncias como uma doença, primária, multicausal, progressiva e crónica, mas tratável." (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p.381). O internamento tem previsto a duração de 4 semanas, sendo que após a alta o cliente se mantenha em seguimento pelo seu gestor de caso, ou na equipa de tratamento de referência, ou em grupos pós alta até 2 anos.

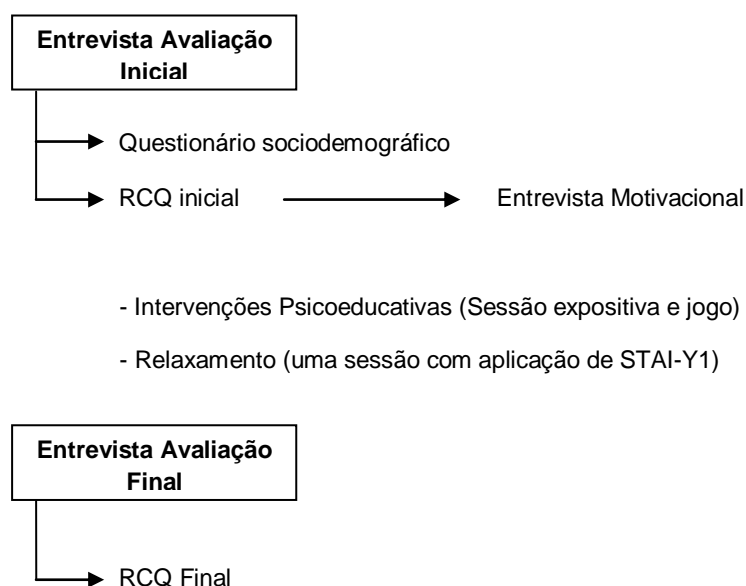
Neste campo de estágio, o projeto teve a participação de 20 clientes (15 do sexo masculino e 5 do sexo feminino). A intervenção realizada junto dos mesmos, iniciava-se no momento de admissão através da realização de entrevistas de avaliação inicial, onde se preenchia um questionário sociodemográfico, como forma de recolher dados de carácter pessoal, história familiar, antecedentes pessoais, hábitos e história de consumos. Realizou-se neste momento a aplicação do RCQ, de forma a perceber o estágio de mudança segundo o modelo transteórico. De seguida percebendo-se então qual o estágio motivacional onde se encontrava o cliente, realizou-se a entrevista motivacional, com os respetivos objetivos definidos (guião de entrevista motivacional) para o estágio correspondente, quer fosse o estágio de pré-contemplação, contemplação e ação.

Ao longo do internamento, interveio-se junto dos clientes, com intervenções de carácter psicoeducativo, através da apresentação multimédia cujo tema foi a prevenção da recaída. Outra sessão psicoeducativa desenvolvida foi a realização de um jogo designado “O Mapa das Estradas”.

Após o decorrer no internamento, ou seja, no momento da alta, realizou-se uma avaliação final junto do cliente, com a aplicação do RCQ. Esta avaliação tinha como objetivo, além dos objetivos académicos, a confrontação do cliente perante o estágio inicial versus o estágio final.

Para uma melhor compreensão e sistematização dos procedimentos desenvolvidos neste campo de estágio apresenta-se o seguinte fluxograma.

Figura 1- Fluxograma dos procedimentos na Unidade Especializada em Alcoologia



O segundo campo de estágio, como já referido anteriormente, desenvolveu-se num serviço de internamento de psiquiatria que também recebia clientes com dependência alcoólica. Passa-se a descrever de seguida o respetivo campo de estágio e os procedimentos desenvolvido no mesmo.

#### 2.4.2. Internamento de Psiquiatria - Unidade Tratamento SDA

De 14 de Janeiro de 2013 a 15 de Fevereiro de 2013

Este serviço inserido num centro hospitalar psiquiátrico, situado em Lisboa, e é um serviço de internamentos de clientes com doença mental em fase aguda, que também tem capacidade para receber clientes com SDA. O serviço tem capacidade para 22 clientes, sendo que 6 camas estão destinadas a clientes com SDA. Este serviço tem ainda um serviço de área de dia

Neste local de estágio, pretendeu-se dar seguimento ao projeto iniciado no anterior local de estágio. Apesar de ser um serviço maioritariamente de cliente com doença mental, foi objetivo acompanhar e ajudar o cliente com SDA. Participaram no projeto 6 clientes com SDA, todos do sexo masculino.

Também neste contexto, e no seguimento dos procedimentos realizados na Unidade Especializada, iniciou-se a intervenção junto do cliente no momento de admissão, realizando Entrevista de Avaliação Inicial, com a aplicação do questionário sociodemográfico e o RCQ. Após a aplicação do RCQ definia-se os objetivos da Entrevista Motivacional, dependendo do estágio motivacional que o cliente se encontrava.

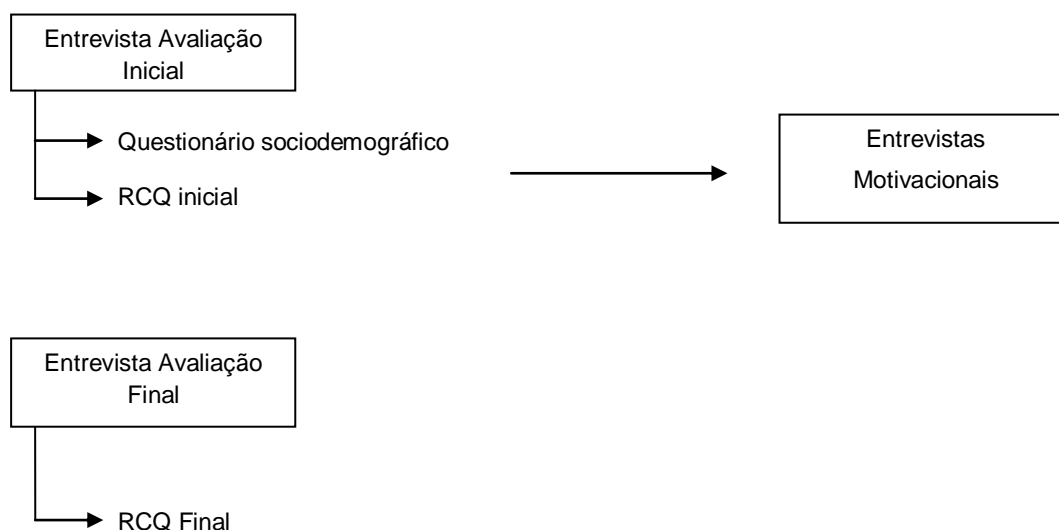
Ao longo do internamento, neste contexto de estágio, pretendeu-se desenvolver a entrevista motivacional de uma forma mais sequencial, realizando vários momentos de entrevista, junto do mesmo cliente, traçando no final de cada momento, objetivos futuros para o cliente, refletindo o estágio e o grau motivacional em que se encontrava.

No momento da alta foi realizada uma Entrevista de Avaliação Final, aplicando RCQ, como forma de eventual confronto de estágio de motivação.

Como forma de esquematizar o desenvolvimento dos procedimentos realizados neste campo de estágio apresenta-se o seguinte fluxograma.



Figura 2- Fluxograma dos procedimentos no Internamento de Psiquiatria - Unidade Tratamento SDA



## 2.5. Questões éticas

A ética em saúde visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover um bem ao cliente, família e comunidade (Pires, 2007).

A ética e os princípios éticos terão de estar presentes em todos os cuidados prestados, com um objetivo: respeitar a integridade (holística) de cada ser humano. Isto torna-se ainda mais relevante porque o contacto pessoa a pessoa é inevitável. Arroyo (1997, p.63) citado por Pires, (2007) refere que a ética em enfermagem interessa “como uma reflexão sobre os valores e normas que orientam uma atividade profissional”.

Assim, todos os clientes que aceitaram participar neste projeto, foram esclarecidos sobre o contexto, objetivos e procedimentos do mesmo, dando o seu consentimento para a participação. Foram ainda informados de que poderiam recusar a participação ou desistir em qualquer fase do seu percurso, sem que por tal haja consequências ou penalizações para si, bem como, o seu direito em tomar conhecimento dos resultados da avaliação do projeto em que participaram.



Ao longo de toda a implementação do projeto, manteve-se o respeito pela dignidade da pessoa em situação de doença mental, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação.

Aos participantes foi ainda assegurado a confidencialidade, sigilo e proteção dos dados obtidos em qualquer fase do projeto, preservando da mesma forma a sua privacidade, tendo em consideração o artigo 35º e 36º da carta dos direitos utentes internados, da Direção Geral da Saúde e segundo o dever de sigilo do enfermeiro preconizado pela OE.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES PREVISTAS**

No desenvolvimento deste capítulo procuramos apresentar os principais resultados obtidos no decorrer do projeto de intervenção, no âmbito da entrevista motivacional e aplicação do RCQ, assim como os resultados obtidos da STAI-Y1 nas sessões de relaxamento.

Neste capítulo apresentamos ainda, as competências desenvolvidas e previstas pela OE para o enfermeiro especialista de ESM e a intervenções realizadas para cada competência.

A metodologia de estudo utilizada, para apreciação e monitorização dos resultados do projeto intervenção, assentaram num desenho misto, com instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa utilizámos os resultados do RCQ, que tem como objetivo a identificação do estágio de mudança do modelo transteórico. Utilizamos também na análise de natureza quantitativa os resultados da aplicação da STAI-Y1 antes e após cada sessão de relaxamento. A análise de natureza qualitativa baseiam-se no registo de observação que fomos efetuando no decurso de cada entrevista motivacional ao longo do decorrer do projeto.

#### **3.1. Apresentação e Análise dos resultados**

Como referido anteriormente, o projeto de intervenção assentou em dois momentos. Num primeiro momento participaram 20 clientes internados na Unidade Especializada, designados neste trabalho por Grupo 1. A estes clientes foram aplicados o questionário RCQ no momento de admissão, assim como, no momento da alta. O objetivo desta aplicação em dois momentos era perceber se existam mudanças pelo decorrer do internamento. Neste grupo foi realizado uma sessão de relaxamento, onde foi aplicado o STAI-Y1 antes e após a sessão. Estes dados de natureza quantitativa vão ser descritos e analisados em seguida.

Relativamente a aplicação do RCQ aos clientes internados, os resultados dos mesmos constam na tabela seguinte.

Tabela 3 – Resultados da aplicação do RCQ aos participantes do Grupo 1

<b>Clientes</b>	<b>RCQ Inicial</b>	<b>RCQ Final</b>	<b>Variação</b>
1	Contemplação	Contemplação	Nula
2	Contemplação	Ação	Positiva
3	Contemplação	Contemplação	Nula
4	Pré-contemplação	Contemplação	Positiva
5	Contemplação	Contemplação	Nula
6	Contemplação	Ação	Positiva
7	Contemplação	Ação	Positiva
8	Contemplação	Contemplação	Nula
9	Contemplação	Ação	Positiva
10	Ação	Ação	Nula
11	Ação	Pré-Contemplação	Negativa
12	Contemplação	Contemplação	Nula
13	Contemplação	Contemplação	Nula
14	Contemplação	Contemplação	Nula
15	Ação	Ação	Nula
16	Contemplação	Contemplação	Nula
17	Ação	Ação	Nula
18	Contemplação	Contemplação	Nula
19	Ação	Ação	Nula
20	Contemplação	Ação	Positiva

Após a apresentação dos resultados da aplicação do RCQ, verifica-se que 13 clientes (65%) apresentavam o mesmo estágio (variação nula), quer no momento da admissão, quer no momento da alta. Ou seja o estágio de mudança final é o mesmo do inicial, contudo não significa que não houve progressos. A passagem de um estágio para o outro é um “*continuum*”, não significando que o cliente se encontra com os mesmos níveis de motivação. Outro aspeto a ter em consideração, é o curto tempo de internamento, o que faz com que não haja mudanças significativas nos estádios de mudanças.

Maioritariamente (69%) destes 13 clientes permaneceram no estágio de contemplação. Ferreira-Borges & Filho (2007), indica que na contemplação, o cliente considera a existência do problema e a eventual necessidade de efetuar uma

mudança, simultaneamente não toma nenhuma atitude concreta que leve a essa mudança (ambivalente) e protege o seu comportamento atual. Os mesmos autores (p.100) acrescentam que “ o que faz com que uma pessoa se mova de um estágio para outro é a “motivação” que pode ser caracterizada como um estado interno que está sempre a ser influenciado por fatores externos”. Neste sentido é de referir que os clientes com SDA, são mais facilmente influenciados por esse fatores externos, como por exemplo, o desemprego, os conflitos conjugais, divórcio, os locais de consumo, entre outros.

Neste grupo de participantes, 6 clientes (30%), “evoluíram” de uma forma positiva, ou seja, passaram de estágio inferior para um estágio superior. Sendo que 5 clientes se encontravam no estágio de contemplação no momento de admissão, e tiveram alta, no estágio de ação. Apenas 1 cliente se encontrava em pré-contemplação e teve alta no estágio de contemplação. A maioria dos clientes saiu no estágio de ação que onde o cliente interrompe o comportamento indesejado e concretiza as mudanças planeadas, devendo existir um reforço positivo e ser consolidada a importância da mudança.

Neste estágio e para consolidar o compromisso de mudança, o enfermeiro negocia com o cliente, um menu de escolhas desenvolvendo um contrato comportamental, antecipando e reconhecendo as dúvidas/barreiras, assegurando uma rede de suporte social para que este inicie o plano de mudança. Com estas intervenções pretende-se que o cliente reconheça e compreenda a necessidade de mudança, diminuindo a resistência e desenvolvendo uma visão do futuro colocando em prática algumas mudanças. Ferreira-Borges & Filho (2007)

Por fim, neste grupo 1, apenas 1 cliente (5%), “regrediu” no estágio de mudança. No momento de admissão encontrava-se no estágio de ação e saiu do internamento no estágio de pré-contemplação. Esta situação fez-nos levantar algumas inquietações, nomeadamente na veracidade das respostas obtidas no RCQ. O questionário como referido anteriormente, é de auto preenchimento, o que pode levar a alguma manipulação no seu preenchimento, quer seja no sentido de negação dos consumos, contornando assim as questões, quer seja na incapacidade de compreensão das afirmações por parte do cliente.

É de referir que toda esta evolução dos clientes não se deve exclusivamente ao projeto implementado, dado os mesmos estarem internados num serviço onde existem uma equipa multidisciplinar e psicoterapêutica.

Outra intervenção realizada no projeto, foi a realização de sessões de relaxamento. Cada cliente participou numa sessão, tendo se realizados em grupos de 10 clientes, ou seja, realizou-se a sessão A e sessão B. Foi objetivo geral destas sessões: Contribuir para o aumento da sensação de bem-estar psíquico e relaxamento dos clientes, tendo-se traçado como objetivos específicos: a) Reduzir os níveis de ansiedade através da indução de um estado de calma; b) Estimular a capacidade de concentração; c) Estimular a expressão de sentimentos/emoções; d) Estimular a sensibilidade proprioceptiva; e) Reforçar a relação de terapêutica.

Na realização destas sessões aplicou-se o STAI-Y1 antes e após cada sessão, sendo os resultados os descritos na tabela seguinte.

Tabela 4 – Resultados da aplicação do STAI-Y1 antes e após cada sessão de relaxamento aos participantes do Grupo 1

Clientes	Sessão A				Clientes	Sessão B			
	STAI-Y1 antes	STAI-Y1 depois	Diferença STAI-Y1	% de variação		STAI-Y1 antes	STAI-Y1 depois	Diferença STAI-Y1	% de variação
1	42	41	1	2,4	11	36	25	11	30,6
2	41	26	15	36,6	12	43	27	16	37,2
3	28	26	2	7,1	13	28	26	2	7,1
4	27	24	3	11,1	14	26	27	-1	-3,8
5	27	20	7	25,9	15	36	22	14	38,9
6	64	42	22	34,4	16	40	36	4	10,0
7	73	63	10	13,7	17	65	63	2	3,1
8	44	30	14	31,8	18	50	49	1	2,0
9	42	40	2	4,8	19	34	39	-5	-14,7
10	20	20	0	0,0	20	20	20	0	0,0
			Média	16,8				Média	11,0

final da sessão superiores ao da pré sessão. Deste modo seria pertinente perceber em sessões futuras a origem de o aumento dos níveis de ansiedade.

Na globalidade, os outros 18 clientes reduziram os níveis de ansiedade, havendo mesmo clientes com percentagem de variação acima dos 30%. O que poderá indicar que o relaxamento surge assim com uma intervenção especializada em ESM, com o objetivo da redução de níveis de ansiedade no cliente com SDA e tal como refere Edwards & Dare, (1997) o ensino do relaxamento é um método alternativo para lidar com o desejo intenso de beber.

Para Ferreira-Borges & Filho (2007), na abordagem ao cliente com SDA são utilizados diversos tratamentos e estratégias sendo de salientar a importância da diminuição da ansiedade nestes clientes assim como a necessidade de se encontrarem comportamentos alternativos aos consumos e por isso é reconhecida na utilização da técnica de relaxamento.

Num segundo momento do projeto de intervenção, participaram 6 clientes internados no serviço de Internamento de Psiquiatria - Unidade Tratamento SDA, designados neste projeto por Grupo 2. A estes clientes foi igualmente aplicado o RCQ no momento de admissão, assim como, no momento da alta. Os resultados de natureza quantitativa, da aplicação do RCQ estão descritos na tabela seguinte.

Tabela 5 – Resultados da aplicação do RCQ aos participantes do Grupo 2

<b>Clientes</b>	<b>RCQ Inicial</b>	<b>RCQ Final</b>	<b>Variação</b>
<b>1</b>	Contemplação	Contemplação	Nula
<b>2</b>	Contemplação	Contemplação	Nula
<b>3</b>	Pré-contemplação	Pré-Contemplação	Nula
<b>4</b>	Contemplação	Ação	Positiva
<b>5</b>	Contemplação	Contemplação	Nula
<b>6</b>	Contemplação	Contemplação	Nula

A semelhança dos resultados do Grupo 1, observa-se que a maioria dos clientes apresenta o mesmo estágio de mudança. Neste grupo 5 clientes (83%) não sofreram alteração de estágio (variação nula), existindo apenas 1 cliente (17%) que

evolui para o estágio seguinte (variação positiva). Tal como referido anteriormente, a não evolução de estágio, não significa que não haja evolução favorável ao processo de recuperação.

Como referido anteriormente, no Grupo 2 existiu outro tipo de intervenção, designadamente a realização de entrevistas motivacionais em vários momentos. Os resultados e a respetiva análise desses mesmos momentos serão descritos e analisados de forma qualitativa em tabelas para uma melhor compreensão.

Tabela 6 – Expressões significativas do participante 1

<p><b>Cliente 1</b></p> <p><b>Duas Entrevistas</b></p>	<p><b>Apresentação:</b></p> <p>Cliente sexo masculino, 59 anos de idade, é natural de Condeixa e vive atualmente em Barrancos. Tem a 4ª classe. É casado tem 1 filho que habita com os pais, e outra filha de 31 anos, que reside no estrangeiro (Suíça). O filho teve uma relação do qual o resultou uma criança que habita pontualmente com os avós.</p> <p>Começou a trabalhar aos 14 anos de idade como eletricista até aos 20 anos de idade. De seguida foi pintor da construção civil até aos 39 anos, passando para Junta de Freguesia, onde ainda trabalha. Contudo nos últimos 9 anos está no fundo de desemprego e faz só 2 horas por dia na Junta de Freguesia.</p> <p>Relativamente à história de consumos, iniciou consumo de bebidas alcoólicas desde os 14 anos de idade, tendo aumentado os consumos desde os 15 anos de idade. Bebeu bebidas destiladas até aos 23 anos. Nesta altura teve uma pancreatite, e deixou de beber bebidas destiladas e passou a beber só vinho.</p> <p>Há 20 anos atrás esteve internado no Centro António Flores em Lisboa, estando 7 anos abstinente após a alta. Aos 46 anos recaiu, segundo o cliente por influência dos amigos. Há 10 anos atrás teve um internamento na UTRA do Hospital Miguel Bombarda e após a alta teve 5 anos abstinente. Voltou a recair nos últimos 5 anos, segundo o cliente pelas mesmas razões da anterior recaída.</p> <p>A esposa relata períodos de heteroagressividade para com ela, quando o marido se encontra alcoolizado. Estes acontecimentos são confirmados pelo cliente</p>	<p><b>Estádio Inicial:</b> Contemplação</p> <p><b>Estádio Final:</b> Contemplação</p>
--	--	---



	<p><b>Análise da evolução do Cliente ao longo das Entrevistas Motivacionais:</b></p> <p>Na primeira entrevista o cliente assume os consumos de álcool, contudo mostra-se ambivalente com o conceito de doença. Assume que o alcoolismo tem cura. Refere que a cura para a doença passa por deixar de beber. Refere que as duas vezes que recaiu após longos períodos de abstinência, deve-se a influência dos amigos. Não demonstra crítica para a capacidade de enfrentamento dos consumos. Outra crítica que o cliente não tem, é os comportamentos agressivos que tem com a esposa. Refere-se apenas a existência dos mesmos, relatando que depois tudo passa.</p> <p>A nível emocional, o cliente expressa sentimentos de vergonha, culpa e arrependimento por ter recommçado a beber. A nível social, este cliente, demonstra ter amigos, contudo, são amigos influenciadores de consumo. Quanto ao nível laboral, o cliente encontra-se no fundo de desemprego, trabalhando apenas duas horas por dia na junta de freguesia. O cliente apresenta uma boa relação com a esposa, apesar de ter episódios de agressividade para com esta.</p> <p>Relativamente ao processo de mudança, o cliente verbaliza intenção de mudar, contudo ainda sem ter estruturado qual plano de ação, demonstrando apenas vontade de não beber mais.</p> <p>Na segunda entrevista o cliente já assume o alcoolismo como uma doença crónica. Consegue identificar vantagens/desvantagens dos consumos de álcool, e que opta pelo abandono dos mesmos. Mantem-se ainda ambivalente relativamente ao abandono do consumo de cerveja sem álcool, ou seja, não tem ainda outra estratégia definida para deixar de beber vinho. Contudo já existem outras estratégias a nível ocupacionais.</p> <p>A nível emocional, o cliente expressa vontade de não consumir bebidas alcoólicas para terminar os conflitos com a esposa e família. Também neste nível o cliente demonstra o desejo de cumprir o plano terapêutico proposto. A nível social, o cliente mantém se a referir que tem amigos influenciadores de consumo, pois estes também são consumidores. Neste mesmo nível o cliente traça como objetivo o papel de avó, enquanto facilitador no processo de crescimento do neto, levando mais vezes a ir brincar ao parque. No processo familiar, acaba por definir também algumas estratégias nomeadamente no arranjo da casa e quintal. Assim como pretender uma boa relação com a esposa.</p> <p><b>Nota:</b> Não foi possível a continuidade da realização dos momentos de entrevista, dado o cliente ter tido alta, frequentando a área de dia. Tendo sido realizado num pós-alta o preenchimento do RCQ.</p>
--	--

Tabela 7 – Expressões significativas do participante 2

<p><b>Cliente 2</b></p> <p><b>Uma Entrevista</b></p>	<p><b>Apresentação:</b></p> <p>Cliente do sexo masculino, 57 anos de idade, é natural de Lisboa e vive atualmente em Lisboa. Tem o Curso Superior de Engenharia Eletromecânica, mas durante toda a vida foi locutor de rádio na RDP, segundo o cliente por vocação. Está de baixa há cerca de 1 ano e</p>	<p><b>Estádio Inicial:</b></p> <p><b>Contemplação</b></p>
--	---	---



	<p>meio. É casado mas não tem filhos por opção.</p> <p>Há 5 anos atrás é colocado como locutor de trânsito, o que considera ser desmotivante. Inicia desde então conflitos com colegas. Refere que era o “escravo lá do sítio”, que tem que trabalhar quando os outros não querem. Que não lhe dão tempo para almoçar. E que tem que ir trabalhar nos dias festivos (Natal, Ano Novo...)</p> <p>Há cerca de 2 anos atrás, após a morte do pai, desencadeia um quadro depressivo, segundo ele também associado aos conflitos laborais.</p> <p>Relativamente à história de consumos, iniciou consumo de bebidas alcoólicas de forma esporádica aos 25 anos de idade, tendo nos últimos 2 anos começado a beber de uma regular. Segundo o cliente chegava a casa e como forma de esquecer os conflitos laborais, bebia cerca de 2 litros de vinho branco por dia.</p> <p>Já fez uma tentativa de abandonar os consumos há 3 meses atrás, numa instituição privada, onde realizou uma desintoxicação. Após a alta tentou controlar os consumos, mas refere não ter conseguido, o que motivou este internamento, pedindo ajuda ao psiquiatra que o segue desde há 2 anos, que o encaminhou para esta instituição. Neste momento apesar de ter tido essa experiência ainda refere que beber um copo de vinho tinto às refeições faz bem. Quanto confrontado com esta situação, desvaloriza e refere que o que o fez aumentar os consumos foi a morte de um primo.</p> <p>Relativamente á sua situação familiar, refere ter uma boa relação com a esposa. Refere que a esposa pede-lhe para deixar de beber mas não condena a facto de consumir.</p>	<p><b>Estádio Final: Contemplação</b></p>
	<p><b>Análise da evolução do Cliente ao longo das Entrevistas Motivacionais:</b></p> <p>Ao longo desta entrevista, percebe-se que o cliente assume o alcoolismo como uma doença crónica. Consegue identificar vantagens/desvantagens dos consumos de álcool, e que opta pelo abandono dos mesmos. Mantem-se ainda ambivalente relativamente ao abandono do consumo de cerveja sem álcool, ou seja, não tem ainda outra estratégia definida para deixar de beber vinho. Contudo já existem outras estratégias a nível ocupacionais.</p> <p>A nível emocional, o cliente expressa vontade de não consumir bebidas alcoólicas para terminar os conflitos com a esposa e família. Também neste nível o cliente demonstra o desejo de cumprir o plano terapêutico proposto. A nível social, o cliente mantém se a referir que tem amigos influenciadores de consumo, pois estes também são consumidores. Neste mesmo nível o cliente traça como objetivo o papel de avó, enquanto facilitador no processo de crescimento do neto, levando mais vezes a ir brincar ao parque. No processo familiar, acaba por definir também algumas estratégias nomeadamente no arranjo da casa e quintal. Assim como pretender uma boa relação com a esposa.</p> <p><b>Nota:</b> Não foi possível a continuidade da realização dos momentos de entrevista, dado o</p>	

	cliente ter tido alta, frequentando a área de dia. Tendo sido realizado num pós-alta o preenchimento do RCQ.
--	--

Tabela 8 – Expressões significativas do participante 3

<b>Cliente 3</b>  <b>Uma Entrevista</b>	<b>Apresentação:</b>  <p>Cliente de 45 anos de idade, é divorciado, vive em Lisboa, está de baixa há 1 mês, é trabalhador na TAP. Início dos consumos de álcool aos 15 anos de idade, tendo aumentado os consumos cerca dos 18 anos de idade, tendo bebido até aos 35 anos de idade, altura em realizou uma desintoxicação, tendo ficado em abstinência até aos 45 anos, altura em que se divorciou e voltou a consumir. O seu padrão de consumo é de 15 a 20 cervejas/dia (0,20lt). Habitualmente bebe nos cafés. O Último consumo foi no dia 22/01/2013. Tem história de consumos de heroína e haxixe de forma esporádica por volta dos 15 anos aos 35 anos de idade. Retomou estes mesmos consumos esporádicos de Haxixe quando recaiu no alcoolismo e mantém esses mesmos consumos até ao fim de semana passada.</p> <p>Está atualmente internado nesta unidade, após ter tido alta de outro serviço de psiquiatria, onde esteve internado por síndrome depressivo, tendo sido referenciado á consulta de alcoologia. Tem história de outro internamento em Fevereiro de 2012 por tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa.</p>	<b>Estádio Inicial:</b>  Pré-Contemplação  <b>Estádio Final:</b>  Pré-Contemplação
	<b>Análise da evolução do Cliente ao longo das Entrevistas Motivacionais:</b>  <p>Ao longo desta entrevista, percebe-se que o cliente não assume os consumos de álcool. Associa esses mesmos consumos com os momentos de discussão que teve com a ex-companheira e com o facto de a sua vida ter sido “estragada” pela traição que teve perante a sua ex-mulher. Assume que bebe, contudo refere que é do ponto de vista social. Relativamente ao processo de mudança, demonstra ainda não ter estratégias de enfrentar os problemas do dia-a-dia.</p> <p><b>Nota:</b> Não foi possível a continuidade da realização dos momentos de entrevista, dado o cliente ter tido alta, frequentando a área de dia. Tendo sido realizado num pós-alta o preenchimento do RCQ.</p>	

Tabela 9 – Expressões significativas do participante 4

<b>Cliente 4</b>	<b>Apresentação:</b>  <p>Cliente de 41 anos de idade, casado, vive atualmente em Alverca, está desempregado há 1 ano, era Operador de máquinas de profissão.</p>	<b>Estádio Inicial:</b>
------------------	--	-------------------------

<p><b>Quatro Entrevistas</b></p>	<p>Iniciou o consumo de álcool aos 19 anos de idade, tendo aumentado os consumos á cerca de 6/7 meses atrás. O seu padrão de consumo é de +/- 2 a 3 litros/dia de vinho tinto. Habitualmente bebe em casa. O Último consumo foi no dia 22/01/2013 pelas 14 horas. Tem outra história de consumos, heroína e haxixe de forma esporádica, por volta dos 20 anos de idade. Sem internamentos anteriores para desintoxicação alcoólica ou outras substâncias psicoativas.</p> <p>Atualmente está internado desde o dia 22/01/2013 neste serviço, após no dia 20/01/2013 ter recorrido á Urgência do Hospital de Vila Franca por ansiedade e palpitações, tendo sido encaminhado para a Urgência Psiquiátrica do Hospital S. José. Neste hospital foi encaminhado para a consulta de Alcoologia, onde recorreu no dia 22/01/2013, tendo ficado internado.</p> <p>Dada esta pequena apresentação da história, e tendo em conta que está ambivalente sobre os seus consumos e o assumir da doença, opto por realizar um instrumento de avaliação (ASSIST), para poder confrontar o cliente sobre o risco da continuidade dos consumos.</p> <p>Os resultados do ASSIST, confirmam a presença de risco moderado (25) nos consumos de álcool e também o risco moderado no consumo de tabaco (21).</p>	<p><b>Contemplanção</b></p> <p><b>Estádio Final: Ação</b></p>
	<p><b>Análise da evolução do Cliente ao longo das Entrevistas Motivacionais</b></p> <p>No decorrer da primeira entrevista, percebe-se que o cliente assume os consumos de álcool, não tinha a noção do problema que os mesmos lhe traziam. Não conhecia a situação de risco que se encontrava, e desvalorizava os consumos, como sendo de cariz social. Apresenta-se ambivalente relativamente ao alcoolismo. Dada esta ambivalência, e a falta da percepção dos danos com o consumo, optou-se por realizar um instrumento de avaliação, o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), para poder confrontar o cliente sobre o risco da continuidade dos consumos.</p> <p>Os resultados do ASSIST, confirmam a presença de risco moderado (25) nos consumos de álcool e também o risco moderado no consumo de tabaco (21).</p> <p>Relativamente ao processo de mudança, o cliente verbaliza intenção de mudar, contudo ainda sem ter estruturado qual plano de ação.</p> <p>No decorrer da segunda entrevista, percebe-se que o cliente está ambivalente relativamente ao facto de se aceitar com SDA. É claro para o cliente que os consumos de álcool lhe trazem problemas em vários níveis, contudo é notória a falta de estratégias futuras de encarar os problemas no momento pós alta. Para o cliente está presente que o facto de já estar bem fisicamente, é o suficiente para ter alta e não continuar a consumir, apesar de que houve momentos na entrevista que se notou também alguma ambivalência, nomeadamente quando lhe foi pedido para relatar um hipotético dia logo após a alta.</p> <p>Comparativamente à entrevista anterior, denota-se um pequeno retrocesso sobre a aceitação da sua doença, devido ao facto de este se sentir bem fisicamente, o que o leva a pensar que já está bem.</p>	

Em suma, este cliente tem noção das consequências do consumo, e considera desvantajoso a continuidade do mesmo, contudo não tem estratégias mentais definidas.

Na terceira entrevista percebe-se que o cliente já reconhece o alcoolismo como uma doença crónica, e identifica-se como pessoa doente, mas capaz de tentar controlar a doença. Ao longo da entrevista o cliente demonstrou sempre vontade de mudar. Conseguiu ir construindo objetivos e metas a alcançar. Foi possível estruturar e definir objetivos concretizáveis para o cliente. Demonstrou no decorrer da entrevista a importância do abandono do abuso dos consumos, para ser uma pessoa “diferente”. Demonstra ainda alguma indecisão em abandonar por completo os consumos. Assume ainda como objetivo “beber só um copo às refeições”. Houve uma mudança significativa na forma de encarar a doença e na mudança de comportamentos.

Ao longo quarta entrevista, o cliente demonstra alguma mudança na redefinição de um dos objetivos, ou seja, assume que tem mesmo que deixar de beber, o que para ele isso, passaria apenas por beber um copo às refeições. Assume que isso é fundamental para o cumprimento dos outros objetivos. Toma a iniciativa de integrar a esposa no processo de recuperação.

Dado a vontade do cliente em integrar a esposa no processo de recuperação, realizou-se uma entrevista conjunta com a esposa. A esposa demonstra ser o grande apoio/suporte do cliente, apoiando-o ao longo desta fase de recuperação, entendendo todo o processo de doença (alcoolismo) que lhe foi explicado.

A esposa demonstrou interesse na aquisição de conhecimentos do que é o alcoolismo, percebendo tratar-se de uma doença crónica. Coloca expectativas positivas do marido não voltar a beber, contudo revela alguma preocupação se isso vier a acontecer.

Financeiramente é a esposa que suporta todo o agregado familiar, e refere que se sente na máxima capacidade de trabalho. Diz que trabalha todos os dias da semana, e que isso é uma preocupação, dado que assim o marido vai ficar sozinho em casa todos os dias. Relata que neste momento vai apoiar o marido na continuidade do seu tratamento, ou seja, que vai apoiá-lo na vinda a área de dia durante pelo menos um mês. Tendo a noção que essa vinda a área de dia lhe vai trazer mais encargos financeiros (combustível), mas mesmo assim está disposta a apoiá-lo.

Na possibilidade de o marido vir eventualmente a consumir bebidas alcoólicas, foi-lhe explicado que se isso acontecer, deve de imediato pedir ajuda aos profissionais de saúde (médico ou enfermeiro). Foi-lhe fornecido os contatos da instituição. Além desta informação foi-lhe também facultado o local das reuniões de auto-ajuda (Alcoólicos Anónimos) da sua área de residência. O cliente refere que nunca frequentou nenhuma dessas reuniões, mas revela interesse e curiosidade para o fazer.

Quanto às outras estratégias definidas pelo cliente, a esposa tinha conhecimento delas, ou seja, sabe que o marido demonstra interesse e vontade de ajudar mais em casa, cuidando desta; que pretende ser ele a levar os filhos à escola e às atividades recreativas. Nesta situação a esposa refere que no passado o marido não o fazia também, porque ela própria não permitia que isso acontecesse, dado que o marido tinha consumos diários de bebidas alcoólicas. Neste momento sente confiança no marido para que este venha a fazê-lo.

Ao longo de toda a entrevista, percebe-se que a esposa do cliente é capaz de ajudar o marido na sua recuperação, sendo um “pilar” fundamental.

	Após a alta (10 dias) realizou-se uma chamada telefónica para cliente, falou-se com a esposa, que refere que o marido tem frequentado a área de dia, tem ajudado em casa, e não recaiu. Fica agradecida com a chamada e com a preocupação demonstrada por mim. Reforcei sinais de alerta para os consumos e demonstrei abertura para em qualquer situação contactar o hospital.
--	---

Tabela 10 – Expressões significativas do participante 5

<b>Cliente 5</b>  <b>Uma Entrevista</b>	<b>Apresentação:</b>  <p>Cliente de sexo masculino de 41 anos de idade, é natural de Lisboa e vive atualmente em Lisboa. Tem a 4ª classe. É casado, tem 3 filhos deste casamento (12 anos, 9 anos, 8 anos). Da primeira relação tem uma filha de 18 anos de idade, com quem tem pouca ligação.</p> <p>Começou a trabalhar aos 13 anos de idade numa fábrica de esquentadores durante 3 meses, tendo aos 15 anos de idade ingressado numa empresa de montagens de móveis até aos 23 anos. De seguida começou a trabalhar numa empresa de montagens de cinemas dado ter melhores condições financeiras. Trabalhou nesta empresa até aos 33 anos. Após isto, foi trabalhar para a construção civil dado a empresa de cinemas ter fechado. Trabalhou na construção até agora.</p> <p>Relativamente à história de consumos, iniciou consumo de bebidas alcoólicas desde os 13 anos de idade, tendo aumentado os consumos desde os 16 anos de idade. Refere que fez uma tentativa de deixar de beber há 10 anos, aquando da hospitalização da irmã por SDA. Refere que esta tentativa não foi bem-sucedido dado ter falecido o pai.</p> <p>Em Setembro do ano passado ingressou na área de dia da UTRA, tendo frequentado esta durante 3 meses. Após estes 3 meses iniciou um curso de jardinagem que frequentou até então. Durante este curso iniciou novamente os consumos, dado referir que não resistiu ao álcool. Refere que durante o curso fazem umas festas com bebidas alcoólicas e que não foi capaz de dizer não. Atualmente está a beber 4 a 5 “Favaio”, 1 litro de vinho e cerca de 10 cervejas por dia. Refere beber logo em jejum. Relata períodos de autoagressão (murros na parede, cabeçadas) quando alcoolizado, negando episódios de heteroagressividade.</p> <p>Quanto ao motivo deste internamento refere que está preocupado com a sua família, refere que a irmã teve um papel fundamental dado que o incentivou a vir ser internado. Esta irmã está abstinente há 10 anos.</p>	<b>Estádio Inicial:</b> Contemplação  <b>Estádio Final:</b> Contemplação
---	---	--

	<p><b>Análise da evolução do Cliente ao longo das Entrevistas Motivacionais:</b></p> <p>Ao longo desta entrevista, percebe-se que o cliente assume os consumos de álcool, contudo mostra-se ambivalente com o conceito de doença. Assume que o alcoolismo tem cura. Refere que vai conseguir controlar a doença, contudo relata episódios em que não o foi capaz de o fazer.</p> <p>Relativamente ao processo de mudança, o cliente verbaliza intenção de mudar, contudo ainda sem ter estruturado qual plano de ação.</p> <p><b>Nota:</b> Não foi possível a continuidade da realização dos momentos de entrevista, dado o cliente ter tido alta, frequentando a área de dia. Tendo sido realizado num pós-alta o preenchimento do RCQ.</p>
--	--

Tabela 11 – Expressões significativas do participante 6

<p><b>Cliente 6</b></p> <p><b>Três Entrevistas</b></p>	<p><b>Apresentação:</b></p> <p>Cliente de 49 anos de idade, casado, vive atualmente em Lisboa, está reformado à 4 anos, era Cantoneiro de profissão. Apresenta uma relação conflituosa com a esposa, relacionado com os consumos de álcool. Iniciou consumos de álcool por volta dos 14/15 anos, tendo aumentado os consumos de álcool cerca dos 16 anos de idade. Habitualmente consome fora de casa (cafés), e o seu padrão de consumo é de 7,5 litros de vinho/dia, bebendo em jejum. Já teve internado várias vezes (6 vezes) para desintoxicação desde 2002 no Hospital Miguel Bombarda. Refere ter tido várias ideias suicidas quando se encontra alcoolizado, mas nega atualmente qualquer ideação suicida.</p> <p>Atualmente está internado neste serviço, após ter frequentado a Área de Dia durante duas semanas, acabando por ter várias recaídas.</p>	<p><b>Estádio Inicial:</b> Contemplanção</p> <p><b>Estádio Final:</b> Contemplanção</p>
	<p><b>Análise da evolução do Cliente ao longo das Entrevistas Motivacionais:</b></p> <p>Ao longo desta entrevista, percebe-se que o cliente assume os consumos de álcool, contudo está ambivalente em relação ao deixar de consumir. Conseguiu expressar as suas dificuldades em relação aos consumos, a incapacidade em dizer não. Existe o assumir de que o internamento é “forçado” pela esposa e os conflitos que tem com esta.</p> <p>Relativamente ao processo de mudança, o cliente verbaliza intenção de mudar, contudo a mudança é só é feita por “vontade” da esposa, não existindo um vontade intrínseca do cliente em mudar. Não existe também estratégias de enfrentamento formadas relativamente aos consumos e ambientes de consumos.</p> <p>Ao longo da segunda entrevista, percebe-se que o cliente continua a assumir os consumos de álcool que teve. Conseguiu assumir já ter alguma capacidade de enfrentar as suas dificuldades em relação aos consumos, assumindo a capacidade em dizer não. Refere</p>	



	<p>que apesar de este internamento ter sido “forçado” pela esposa, neste momento já sente que precisa de mudar pelos seus valores pessoais.</p> <p>É notório neste cliente, que já estruturou algumas estratégias de enfrentamento perante os consumos, apesar de que algumas delas serão ainda insuficientes e de pouca coerência.</p> <p>No decorrer da terceira entrevista, o cliente demonstra capacidade e vontade na mudança. Existe já estratégias definidas para alcançar a mudança. Houve vontade do cliente no envolvimento da família na recuperação pós-alta. O cliente já não vê a família como “castigadora”, no sentido em que foi por ela que veio para o internamento, mas sim como uma ajuda para mudança.</p> <p><b>Nota:</b> Não foi possível a continuidade da realização dos momentos de entrevista, dado o cliente ter tido alta, frequentando a área de dia. Tendo sido realizado num pós-alta o preenchimento do RCQ.</p>
--	--

Ao longo da análise e da apresentação dos resultados, emerge um dado em comum, que na maioria clientes não foi possível um aprofundar das entrevistas, dado os clientes terem alta clínica. Este facto deve-se à elevada rotatividade de clientes internados, e a uma programação de alta inexistente. Outro fator que se considera que também contribui para o não desenvolvimento das entrevistas, foi o curto período de estágio naquele serviço.

É de realçar contudo, que os clientes em que foi possível realizar mais de que um momento, evoluíram de forma positiva no seu grau de motivação e de mudança, nem que isso não fosse refletido no RCQ. Além dos ganhos em saúde para os clientes, a realização de mais de um momento, permitiu o desenvolvimento de competências por parte do futuro enfermeiro especialista.

### **3.2. Competências Clínicas desenvolvidas**

Na realização do projeto de intervenção, estava inerente a aquisição de competências do enfermeiro especialista em ESM, definidos pela OE (2010), sendo mesmo o objetivo geral do projeto “Desenvolver competências especializadas no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, na prestação de cuidados aos clientes adultos com dependência alcoólica”. A OE (2010) através do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESM define quatro competências específicas, sendo a primeira relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em ESM e as restantes mais

dirigidas para a prática de cuidados de enfermagem.

Sendo a primeira competência “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, realizei análises críticas e reflexivas em relação a mim próprio e às atividades realizadas. Estas análises pessoais permitiram-me conhecer e compreender a prática vivenciada, tornando-se num importante instrumento para o desenvolvimento pessoal e profissional. A supervisão das enfermeiras orientadoras foi fundamental e contribuiu igualmente para este crescimento.

A segunda e a terceira competência “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, e “ajuda a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”, foram conseguidas através da realização de atividades inerentes ao desenvolvimento do projeto, nomeadamente na realização de entrevistas motivacionais de modo a avaliar as capacidades internas dos clientes para perceber o seu grau motivacional e a prontidão para a mudança, assim como as condições emocionais, comportamentais e cognitivas e as suas complicações.

Realço como forma de aquisição da segunda e terceira competência, o desenvolvimento da relação de ajuda, promovendo a partilha de sentimentos e emoções, clarificando novas estratégias para responder ao stresse e a eventos da vida inesperados.

Por fim, a quarta competência definida pela OE (2010) “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”, foi alcançada através da realização de sessões psicoeducativas, com o objetivo de promover o conhecimento da doença, assim como a identificação dos principais stressores no cliente com SDA. No decorrer do projeto, ainda realizei sessões de relaxamento de natureza psicoterapêutico, que tinham como objetivo diminuir os níveis de ansiedade, assim como permitir ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.



## 4. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório constituiu uma aprendizagem, dado que possibilitou a aquisição e a consolidação de conhecimentos da problemática da dependência alcoólica. Entende-se a importância da entrevista motivacional na recuperação do cliente com SDA, enquanto conjunto de estratégias que estimulam e promovem o envolvimento do cliente enquanto sujeito ativo e responsável, na manutenção do seu processo de mudança, estimulando o autoconhecimento, consciencialização do problema, levando-o a descobrir os seus recursos, internos e externos.

A oportunidade da realização dos estágios em dois contextos, revelou-se facilitadora do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em ESM descritas pela OE (2010). Ao refletir e analisar todo o percurso efetuado, constato que existe um “espelhamento” da forma como me sinto atualmente, relativamente às quatro competências, ou seja, sinto que expandi consideravelmente o nível de autoconhecimento e consciência de mim originando um desenvolvimento pessoal e profissional; assisti e ajudei o cliente na otimização da saúde mental e mobilizei as dinâmicas dos próprios contextos, através da realização das entrevistas motivacionais com vista ao aumento da motivação para o tratamento do cliente com SDA; prestei cuidados no âmbito psicoterapêutico (sessões de relaxamento) em que se obtiveram resultados positivos na diminuição de níveis de ansiedade, e psicoeducacional no contexto individual que visaram o aumento do insight do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema, contribuindo deste modo para recuperar a sua saúde.

O desenvolvimento dos procedimentos e as opções metodológicas escolhidas, permitiram perceber a importância da entrevista motivacional, como estratégia de intervenção do enfermeiro especialista em ESM, no cliente com SDA.

Como tal, e segundo Miller & Rollnick (2001), a entrevista motivacional tem como objetivo ajudar os clientes a libertarem-se da ambivalência que os aprisiona, e dar um passo no processo de mudança. Essa mudança nem sempre foi observada nos resultados finais do RCQ, tendo a maioria dos clientes permanecido no mesmo estágio de mudança. Mas segundo Miller & Rollnick (2001), uma vez iniciada, a

mudança pode ocorrer rapidamente com relativa assistência adicional, ou pode requerer um período longo de apoio e de orientação terapêutica. Neste sentido surge uma das grandes limitações deste projeto, ou seja, a limitação temporal.

Este projeto de carácter académico, também se apresentou como uma mais-valia em ganhos em saúde, através da evolução positiva de alguns clientes nos estádios de mudança e com a diminuição dos níveis de ansiedade estado. Muito dos resultados da implementação deste projeto poderão não ser “contabilizados” neste documento, dado o processo de mudança, ser um processo complexo e moroso.

Dado que este trabalho não é, nem tinha o propósito de ser um trabalho de investigação, a avaliação dos resultados não nos permite pronunciar sobre a eficácia, validade, ou fiabilidade da técnica. Apenas temos um indicador de qualidade da mesma.

Considera-se fulcral o desenvolvimento de mais estudos acerca da entrevista motivacional como estratégia de intervenção de enfermagem no cliente com SDA, assim como esses mesmos estudos serem de um carácter mais longitudinal e perdurarem no tempo.

Outra consideração futura é o desenvolvimento de estudos com a aplicação do RCQ, dado ter constituído uma limitação neste projeto.

Perante o desenvolvimento do projeto e a análise dos resultados é possível afirmar que o objetivo principal deste trabalho foi concretizado, através do desenvolvimento e aquisição de competências do enfermeiro especialista em ESM, estabelecidas pelo regulamento das competências específicas do enfermeiro ESM da OE (2010),

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in europe: A public health perspective: A report for the european commission*. UK: Institute of Alcohol Studies. Disponível em <http://dse.univr.it/addiction/documents/External/alcoholineu.pdf>.
- Babor T., Higgins-Biddle J., Saunders J. e Monteiro M.G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care* (2ªed.). Geneva: WHO Department of Mental Health and substance dependence.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 51-59.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M., & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias cognitivo - comportamentais – teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda* (Vol. I). Loures: Lusodidacta.
- Diclemente, C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Reserccarch & Health*, 23, 86-92. Disponível em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>.
- Diclemente, C. C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. In Miller, W. R. & Rollnick, S. (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour* (pp.191-202). New York: Guildford Press.
- Edwards, G. & Dare, C (1997). *Psicoterapia e tratamento de adições*. São Paulo: Artes Médicas.
- Elhart, D. (1983). *Princípios científicos de enfermagem*. Lisboa: Livros Técnicos, Lda
- Ferreira, A. M. (2007). *Gravidade de dependência e motivação para o tratamento*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependências. Alcoolismo e toxicodependência*. Manual Técnico 2. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2007). *Intervenções breves. Usos, abusos e dependências. Álcool e outras drogas. Estratégias de ajuda para mudar o comportamento*. Manual Técnico 5. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figlie, N. B. (2004). *Motivação para o tratamento do alcoolismo*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Brasil.
- Fonte, A. (1996). Disponibilidade para a mudança: Uso da versão portuguesa do questionário “RCQ”. *Alcoologia, Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 6 (3), 7-24.
- Gorski, T. & Miller, M. (1992). *Manter-se sóbrio. Um guia para a prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hyman, Z. (2006). Brief interventions for high-risk drinkers. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (11), 1383-1396.
- Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: Estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 13 (1), 49-58.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client and assessment of process. *Addiction*, 93 (8), 1177-1190.
- Lundahl, B. & Burke B. L. (2009). The Effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice- friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical Psychology*, 65 (11) 1232-1245.
- Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas. Porto Alegre: Artes Médicas. (Tradução brasileira de Batista, Tradutor).
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium, Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 27, Viseu. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium32/10.pdf>.

- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal.aspx>.
- Miller, W. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. U. S. Department of Health and Human Service: Public Health Service.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional. preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed Editora. (Tradução brasileira de Gabriela Dornelles & Sharon Caleffi, Tradutores).
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97 (3), 265-277.
- Moos, R. H., & Moss, B.S. (2004). Long-term influence of duration and frequency of participation in alcoholics anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 81-90.
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18 (2), 83-90.
- Neuman, B. (1995). *The neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk: Appleton e Lange.
- Oliveira, M., Laranjeira, R., Araújo, R., Camilo, R., & Schneider, D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes de álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 265-270.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Best practice in estimating the costs of alcohol - Recommendations for future studies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/112896/E93197.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/112896/E93197.pdf).

- Patricio, L. (1997). *Face à droga: como (re)agir?*. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2004). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4, p. CD002831.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda: elementos de competência da enfermeira*. Coimbra: Edição de cuidar,
- Pires, A. P. (2007). Ética e cuidar em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 72, p.13.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], I.P. (2009). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2010-2012)*. Lisboa: IDT, I.P.
- Prochaska, J. O. (1995). *Psychology of smoking cessation programs: lessons from Pathways to Change. Progress with nicotine replacement products for smoking cessation: perspectives on newer products and controversial issues*. Springfield: Scientific Therapeutics Information.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C.C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rangé, B.P., & Marlatt, G.A. (2008). Cognitive- behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 20 (2), 88-95.
- Resende, G., Amaral, V., Bandeira, M., Gomilde, A., & Andrade, E. (2005). Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (4), 211-217.
- Rogers, C. R. (1980). *Tornar-se pessoa* (5ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Spielberger, C., et al. (1973). *Stress and emotion: anxiety, anger and curiosity* (Vol. 14). London: Hemisphere Publishing Corporation.

- Szupszynski, K., & Oliveira, M. (2008). O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 162-173.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Yoshida, E. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico USF*, 7 (1), 59-66.

## **APÊNDICES**



## Apêndice I

Guião de recolha de dados sociodemográficos, história e natureza dos consumos

## Apêndice II

### Guião da Entrevista Motivacional

### Apêndice III

#### Sessão Psicoeducativa sobre Prevenção da Recaída

#### Apêndice IV

#### Plano de Jogo Psicoeducativo “O Mapa das Estradas”

## Apêndice V

### Plano da Sessão de Relaxamento

## Apêndice VI

### Guião da Sessão de Relaxamento

## **ANEXOS**



## Anexo I

### Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

## Anexo II

Inventário de Ansiedade - Estado (STAI – Y1) de Spielberger et al., (1973)